N° 58.

ESSAI

SUR

L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 30 mars 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR ACH. POIRIER DE LA GILBERDERIE,

Bachelier ès-lettres de l'académie d'Orléans et Bachelier ès-sciences de celle de Paris.

Antequàm de remediis statuatur, primùm constare oportet, quis morbus et quæ morbi causa, alioquì inutilis opera, inutile omne consilium.

BALLONIUS, *Cons. medicin.*, lib. 1, cons. 14.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	.....
Pharmacologie	DEYEUX, *Examinateur.*
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	DUMÉRIL, *Examinateur.* ANDRAL, *Président.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Suppléant.*
Clinique médicale	LEROUX, *Examinateur.* FOUQUIER. ..... CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau, *Examinateur.*	Sandras.
Dance, *Examinateur.*	Trousseau.
Devergie, *Suppléant.*	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

MON MEILLEUR AMI.

Hommage de respect, de reconnaissance et de piété filiale.

A LA MÉMOIRE

DE LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Regrets éternels!!!

ACH. POIRIER DE LA GILBERDERIE.

ESSAI

SUR

L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

L'hémorrhagie cérébrale était jadis confondue avec un grand nombre et peut-être toutes les maladies du cerveau sous le nom générique d'*apoplexie* (ἀποπλήττειν, *frapper, abattre ;* ἀποπλήξια). Ce mot indique l'un des principaux phénomènes qui accompagnent ces maladies; et il devait en être ainsi avant que l'anatomie ne fût devenue l'une des branches de la médecine. Les anciens auteurs, ne pouvant juger des maladies que par leurs symptômes, devaient imposer un nom à ceux qu'ils voyaient se grouper le plus ordinairement, et la plupart de ces noms devaient être l'expression du plus saillant ou de l'un des plus saillans de ces symptômes. Bien plus, réduits qu'ils étaient à faire des hypothèses, sans avoir l'anatomie pathologique pour les éclairer sur la signification de ces phénomènes, ils devaient confondre ensemble un certain nombre de maladies, et en former plusieurs des divers degrés de la même; c'est ce qui est arrivé pour l'apoplexie : il suffisait qu'une perte de connaissance arrivât assez promptement, pour qu'ils pensassent qu'il y avait apoplexie: ils confondaient donc ensemble l'hémorrhagie cérébrale, la congestion cérébrale, souvent le second degré du ramollissement, admis par

M. *Rostan*, la méningite violente, probablement quelquefois l'asphyxie, et probablement aussi regardaient-ils comme dues à cette maladie ces morts terribles qui frappent un individu comme de la foudre, et qui le plus souvent reconnaissent pour cause la rupture du cœur, comme l'a fait observer M. *Rostan*, il y a quelques années.

Il semblerait que dès que l'anatomie est venue apporter ses lumières dans le diagnostic des maladies, on eût dû attribuer aux lésions qui les produisent les phénomènes observés ; mais il n'en fut pas ainsi : bien des années se sont écoulées depuis ce temps avant que l'on n'ait fait de l'hémorrhagie cérébrale une maladie particulière, et il faut arriver jusqu'au dix-neuvième siècle pour la voir figurer comme telle dans les cadres nosologiques, quoique cependant Sauvages l'ait appelée *apoplexie traumatique*, et Vepfer *anévrysme faux du cerveau*. Il y a encore peu d'années les maladies de cet organe étaient enveloppées de ténèbres et maintenant elles sont au nombre de celles dont le diagnostic est le plus certain, depuis les travaux de MM. *Serres*, *Rostan*, *Rochoux*, *Lallemand*, etc.

Mais si les anciens ne connaissaient point la nature ou plutôt les genres de lésion de ce qu'ils appelaient *apoplexie*, ils faisaient des hypothèses plus ou moins ingénieuses pour se rendre raison des phénomènes qu'ils observaient. On voit dans *Arétée* qu'il la croyait due à une stase ou à un refroidissement du sang ; *Galien* voulait la faire dépendre d'une opplétion subite des ventricules par une humeur froide et mélancolique ; il y joignait l'obstruction des vaisseaux sanguins et l'inflammation du cerveau : *Avicennes* pensait que c'était à une humeur sanguine ou pituiteuse, se répandant tout à coup auprès des ventricules (*ad ventriculos*) que l'apoplexie était due. Vint ensuite un grand nombre d'auteurs qui se partagèrent entre ces opinions ou en créèrent de nouvelles, entre autres celle dans laquelle on considérait cette affection comme due à un obstacle survenu dans la circulation des esprits sensitifs et moteurs ; et il devait en être ainsi, selon eux, puisque le mouvement et le sentiment étaient suspendus. Voici comment *Morgagni* lui-même, qui vivait long-temps après et qui

n'a pu s'en défendre, s'exprime à cet égard : « *Apoplexiæ cujusque « causa illa proxima, et quæ morbum continet, una esse videtur, id est, « intimorum qui in cerebro fiunt motuum, cùm videlicet movemus, senti- « mus, cogitamus, subita immunitio, tanta interdùm ut proximè ad ces- « sationem accedat, aut in cessationem continuò transeat* » (*De sed. et caus. morb.* épis. 2, § 5.) *Salius Diversus* dit que l'apoplexie n'a presque jamais lieu que « *ex cerebri venarum, arteriarum, sinuumque « nimiâ sanguinis repletione, cujus ratione facta constipatio et constrictio, » undè spirituum non tantùm transitus prohibeatur, sed etiam et ipsi « strangulentur et suffocentur; sit in causâ ut subitò motus et sensus unà « cum detentione principum facultatum amittatur; sicque vera et exacta « succedat apoplexia.* » (*De affect. particular. Cap.* 2., p. 208.)

Une ère nouvelle commença pour les observateurs, lorsqu'un respect mal entendu pour la tombe n'empêcha plus d'interroger les restes de l'homme mort; cette ère, si favorable aux connaissances que l'on acquit sur un grand nombre de maladies, ne la fut guère, dans le principe, pour celle dont nous traitons. Au lieu de s'occuper des lésions organiques qu'entraîne une maladie et de les décrire, on ne cherchait souvent qu'à expliquer comment elles avaient pu se former ; aussi la fameuse théorie dont nous avons parlé ci-dessus continua-t-elle d'être adoptée généralement dans le monde médical, afin d'expliquer les phénomènes de l'apoplexie. Néanmoins, en admettant cette hypothèse, la plupart des médecins pensaient que le sang ou la sérosité qu'ils avaient vu épanchés dans les ventricules causaient la stase des esprits sensitifs; et ils étaient aussi généralement d'avis que cette stase était due le plus souvent au premier de ces liquides, ainsi que l'indiquent les travaux de *Turritanus*, vers le quatorzième siècle, *L. Zacchini*, M. de *Gradi*, *P. Salius Diversus*, *L. Botal*, *Duret*, etc., (et *Galien* même avait cette opinion dit *Morgagni*). On vit naître aussi l'hypothèse de l'ébullition du sang. La théorie d'*Angelutius* était, qu'un épaississement subit des vapeurs du cerveau, occasioné par une qualité coagulante, obstruait le principe commun des nerfs. *Paracelse* pensait que trois gouttes de sang étaient

suspendues au cerveau, l'une à droite, l'autre à gauche, et la troisième au milieu. Si c'était la première qui tombait sur le cœur, il arrivait une paralysie du côté droit; si c'était la deuxième, elle arrivait du côté gauche; si c'était la troisième enfin, elle causait immédiatement la mort. *Nyman*, au lieu de ces rêveries, croyait à l'obstruction subite du pressoir d'*Hérophile*, etc., etc.

Plus tard on s'occupa d'avantage d'anatomie pathologique, et l'on continua d'adopter la division dont nous avons parlé, tout en faisant des théories plus ou moins chimériques. C'était cette division qui était admise du temps de *Morgagni*, et c'est celle qu'il adopte, en ajoutant cependant une troisième espèce. (*Quæ neque a sanguine neque a sero est.* Épist. 5.) Il dit en outre que plusieurs auteurs ne voulaient pas de la simplicité native de cette division, pour se distinguer des anciens, et à l'occasion de cette division il ajoute : « *Permirum* « *est, eruditissimum medicum Casparum* HOFFMANNUM *quæsivisse : quis* « *ventriculos sanguine oppletos in apoplexiâ vidit unquam.* » (Épis. 2, § 7.) Il lui oppose l'opinion de *Martianus*, qui dit que de toutes les espèces d'apoplexie, la sanguine est la plus fréquente; et celle de *Varoli* et de *Targioni*, qui citent des observations en faveur de cette opinion. Plus tard on en fit un plus ou moins grand nombre d'espèces, qu'on multipliait, parce que plusieurs maladies du cerveau qu'on mêlait à l'apoplexie en fournissaient le sujet. Dans ces derniers temps *Lullier-Winslow* en admit huit espèces; M. *Montain*, quatre; M. *Serres* deux genres subdivisés en espèces; enfin M. *Abercrombie* est à peu près de l'avis de ces auteurs. M. le professeur *Cruveilhier* (au mot Apopl. du Dict. de méd. et de chirur. prat.), parle sous ce nom de tous les épanchemens de sang spontanés qui ont lieu dans l'intérieur de nos tissus, et il appelle la maladie dont nous traitons *hémorrhagie cérébrale spontanée.* Le mot *apoplexie* est donc, selon lui, un nom générique, mais entendu d'une autre manière que les anciens. M. *Rochoux* veut au contraire qu'on appelle exclusivement de ce nom *l'hémorrhagie cérébrale*; il en est de même de MM. *Rostan* et *Lallemand.* Peu importe le nom, pourvu qu'on s'entende; néanmoins, pour évi-

ter toute confusion, je lui donnerai le nom d'*hémorrhagie cérébrale.* Nous appellerons donc ainsi, une maladie dont le caractère anatomique sera un épanchement de sang spontané, soit dans les ventricules du cerveau, soit dans l'épaisseur même de la substance cérébrale, soit enfin entre cette substance et les méninges. Elle est caractérisée pendant la vie par une altération ou suspension complète, subite et plus ou moins durable des fonctions de l'encéphale. Comme l'indique notre définition, nous n'avons point l'intention de parler ici des épanchemens sanguins qui se font dans le cerveau à la suite de chutes ou de coups sur la tête; il nous semble que l'histoire de cette espèce rentre dans celle toute chirurgicale des plaies de tête.

Causes.

Les causes de l'hémorrhagie cérébrale seront divisées en *prédisposantes* et en *efficientes;* et nécessairement ces causes devront agir soit sur le cerveau qui est le siége de la lésion, soit sur l'organe central de la circulation et les conduits du sang.

§ I. *Causes prédisposantes.*

On conçoit facilement que le cerveau, d'une texture infiniment plus délicate que celle des autres organes; recevant une grande quantité de sang, dont les vaisseaux ont les parois si minces que l'existence de leur tunique celluleuse a quelquefois été révoquée en doute, la tunique propre n'ayant pas beaucoup plus du tiers de l'épaisseur qu'elle a dans les autres vaisseaux, et la couche de tissu cellulaire ambiant manquant ici complètement; que le cerveau, dis-je, qui éprouve si souvent des alternatives d'excitation et de repos, doive être plus sujet que tout autre organe à voir le sang s'épancher dans son intérieur. Nous allons étudier successivement l'influence que peuvent avoir sur la production d'un épanchement de

sang dans l'encéphale, l'âge, le tempérament, l'hérédité, les habitudes et les professions, le régime, les saisons et divers états morbides.

Age. — Hippocrate a dit : « *Senibus autem, spirandi difficultates..... « vertigines, apoplexiæ.....* » (Sect. 3, aph. 31) et « *Apoplectici au- « tem fiunt maximè ætate ab anno quadragesimo usque ad sexagesimum.* » (Sect. 6, aph. 57), et cette remarque du père de la médecine a été confirmée par l'expérience de tous les siècles. Cependant *Cullen* et M. *Portal* ont constaté que l'apoplexie était plus fréquente dans nos pays après soixante ans. MM. *Rostan* et *Rochoux* sont de cet avis. Peut-être en Grèce *Hippocrate* avait-il raison. *Morgagni* dit que sur quinze individus atteints de cette maladie, il y avait trois jeunes gens, cinq hommes faits, le reste était des vieillards. M. *Rochoux* donne les résultats suivans, qu'il a obtenus d'après soixante-trois observations.

De 20 à 30.....	2	jeunes gens.	
De 30 à 40.....	8	25 hommes faits.	
De 40 à 50.....	7		
De 50 à 60.....	10		
De 60 à 70.....	23	36 vieillards.	
De 70 à 80.....	12		
De 80 à 90.....	1		
	63		

M. *Rostan*, placé dans un hospice où il ne se trouve que de vieilles femmes, en voit chaque année mourir un grand nombre de cette maladie ; ses observations prises d'une manière absolue ne peuvent donc être que de peu d'utilité pour résoudre ce problème ; mais comparées à celles d'individus reçus dans les hôpitaux du centre de Paris, elles l'emportent de beaucoup en nombre sur celles-ci. Celles qu'il a publiées dans ses Recherches sur le ramollissement du

cerveau, au nombre de vingt-trois, n'ont pour sujets que des femmes de cinquante-huit à quatre-vingt-sept ans.

De 58 à 60.....	1
De 60 à 70.....	8
De 70 à 80.....	10
De 80 à 87.....	4
	23

Celles que cite M. *Riobé*, dans sa thèse, n'ont aussi pour sujets que des vieillards. Cependant il ne faut pas croire que l'enfance même en soit exempte ; MM. *Serres* et *Guersent* en citent des exemples ; M. le docteur *Baugendre* et M. le professeur *Andral* en citent également, et *Morgagni* parle de jeunes gens et d'adolescens qui en ont été atteints. Quoi qu'il en soit, on voit que l'âge prédispose singulièrement à l'apoplexie. Essaierons-nous d'en trouver la raison? M. *Cruveilhier* répond à cette question en disant : « Nous compre- « nons pourquoi la vieillesse est l'époque de la vie la plus féconde « en apoplexies foudroyantes, c'est parce que cet âge est celui de « l'altération crétacée des artères. » (Ouvrage cité.) Et plus loin il ajoute que ces concrétions rétrécissant le calibre des artères, le sang agit plus fortement dans ces points et détermine la rupture des vaisseaux.

Sexe. — M. *Rochoux* pense que le sexe n'influe que d'une manière bien peu sensible sur la production de l'hémorrhagie cérébrale. M. le docteur *Baugendre* est porté à penser, d'après ses observations, que la femme y est peut-être moins sujette que l'homme pendant que dure la menstruation ; mais que sa constitution se rapprochant de celle de l'homme sitôt que cet écoulement périodique a cessé, il n'existe plus alors de différence entre les deux sexes. Toutes les observations recueillies à la Salpêtrière ont pour sujets des femmes qui ont presque toutes dépassé ce terme. Il serait curieux de comparer le nombre d'apoplexies observées à Bicêtre avec celles obser-

vées à la Salpêtrière; ce travail aiderait singulièrement à résoudre la question qui nous occupe : il n'a pas été fait que je sache. M. *Serres* pense que les femmes y sont plus sujettes que les hommes; sur quarante-un cas il y avait trente-trois femmes. *Quarin* est d'un avis opposé.

Tempérament. On a dit qu'une tête volumineuse, la face rouge, le cou gros et court, la poitrine large, la taille petite, un grand embonpoint, sont les signes de ce qu'on appelle *constitution apoplectique. Morgagni*, *Hoffmann*, MM. *Portal* et *Cruveilhier* sont de ce nombre. Cependant M. *Rochoux* pense que le tempérament n'influe que très-peu sur la formation de la maladie qui nous occupe. Voici le résultat de ses observations :

Sanguins.....	22
Sanguins bilieux.....	20
Bilieux.....	5
Lymphatico-sanguins...	16
	63

Ce serait donc le tempérament bilieux qui y serait le moins sujet, tandis que les autres le seraient presque également. Voici le relevé des mêmes observations suivant le degré d'embonpoint de quelque tempérament que ce soit :

D'embonpoint ordinaire..	30
Gros, gras, pléthoriques.	10
Maigres.....	23
	63

Le relevé de celles de M. *Rostan* n'a pu être aussi détaillé, parce que les données manquent :

D'une bonne constitution et presque toutes d'un tempérament sanguin.....	17
D'une faible constitution.....	4
	21

M. *Rochoux* conclut de ses observations cette proposition, à l'appui de laquelle il citerait, dit-il, l'opinion de bons observateurs : « Aucun signe extérieur appréciable au sens ne peut indiquer la « disposition à l'apoplexie. » Cependant si l'on consulte un peu le raisonnement, la première opinion ci-dessus émise semble la plus plausible, et dans ce cas la raison physiologique peut en être donnée facilement.

Hérédité. On regarde cette maladie comme pouvant être héréditaire, et *Hoffmann* est de cet avis, c'est à dire que les enfans d'apoplectiques apportent en naissant une prédisposition à cette maladie. Il en est pour elle comme pour la phthisie pulmonaire, car le malade n'apporte pas de tubercules en naissant.

Habitudes et professions. Il est tout naturel de penser que les occupations qui nécessitent un grand travail du cerveau doivent prédisposer à l'apoplexie : ainsi les travaux de cabinet, les émotions vives de l'âme, la peur, la colère, etc., seront mises au nombre de ces causes. *Ponsard* cite une vie molle et oisive; aussi, dit-il, on voit plus de moines et de financiers apoplectiques que de paysans. *Ramazini* parle des professions qui nécessitent de grands efforts musculaires, et celles dans lesquelles on est exposé à une grande chaleur.

Régime. A côté des causes dont nous venons de parler viennent se ranger l'abus des liqueurs alcoholiques, des plaisirs de la table (comme l'indique *Égnatius*), et surtout le soir avant le sommeil. C'est à cause de cela que M. *Portal* fait observer que depuis qu'on ne soupe plus à Paris les attaques d'apoplexie y sont bien moins fréquentes pendant la nuit. Peut-être doit-on ranger dans cette catégorie, avec quelques auteurs, une nourriture malsaine et insuffisante, qui, ôtant à l'organisme une grande partie des forces qui lui sont nécessaires, rend les parois des vaisseaux moins résistantes, et que

dès-lors ceux-ci pourront laisser échapper le sang par leurs pores, comme dans le scorbut.

Température et Saisons. Hippocrate dit : « ..... *In pluviosis quidem fiunt..... apoplexiæ.* » (Sect. 3, aph. 16) et, « *Hyeme verò.... capitis dolores, vertigines, apoplexiæ.* » (*Id.* aph. 23.) *Hollerius* est de l'avis du divin vieillard, et *Forestus* a dit que, vers le commencement de décembre, pendant que régnait le vent du midi, il a vu beaucoup d'apoplexie. Il ajoute que les pays froids, soit à cause de leur élévation, soit à cause de leur position géographique, y prédisposent également. *Baglivi* se range de l'opinion de ces auteurs. Néanmoins M. *Rochoux* n'est pas de leur avis, ses observations ne s'accordant pas avec les leurs ; il dit, il est vrai, qu'elles ne sont peut-être pas assez nombreuses pour trancher la question, mais cependant qu'elles peuvent donner une approximation. Voici ses résultats :

Printemps.....	15
Été.....	14
Automne.....	18
Hiver.....	16
	63

Voici le relevé des observations de M. *Rostan :*

Printemps.....	5
Été.....	7
Automne.....	5
Hiver.....	5
	22

On voit, en effet, d'après ces relevés, que rien n'indique qu'une saison soit plus favorable qu'une autre à la production de cette maladie.

États morbides. Corvisart et M. Bricheteau pensent que l'anévrysme du cœur prédispose singulièrement à l'apoplexie. M. *Cruveilhier* est de cet avis. Cependant il cite un fait dans lequel les deux carotides étaient presque complètement oblitérées, et où il y avait anévrysme du cœur et hémorrhagie cérébrale. M. *Rochoux* ne pense pas comme ces auteurs, et il dit, pour appuyer son opinion, que sur quarante-deux cas il n'en a trouvé que trois dans lesquels il y avait en même temps anévrysme du cœur. M. *Andral* croit qu'il n'y a peut-être pas autant d'apoplectiques affectés d'anévrysme du cœur que le croyait *Corvisart* : il dit néanmoins qu'il pense que l'aperçu de M. *Rochoux* est trop faible, et il demande si cet auteur a compris sous ce nom un simple épaisissement des parois sans augmentation de volume; et c'est là, dit-il, la lésion qui se montre le plus fréquemment chez les apoplectiques.

M. *Rostan* dit qu'un ramollissement du cerveau prédispose à l'hémorrhagie; M. *Récamier* pense que la méningite y prédispose également; cependant M. *Cruveilher* croit qu'un épanchement séreux dans les ventricules en est plus souvent la suite.

La suppression d'une hémorrhagie habituelle, la ligature d'une grosse artère, la disparition subite de quelque irritation que ce soit peuvent être rangées dans l'ordre de causes dont nous nous occupons.

Il est, en outre, un certain nombre de causes fort légères que l'on regarde encore comme prédisposantes : par exemple, les efforts nécessaires à l'accouchement, à la défécation, le coït (*Morgagni, Van-Swiéten, Cœlius Aurelianus*), un soufflet, l'action d'éternuer, le travail de tête étant couché, toute compression permanente, les corsets, les cravates, etc., etc.

Dirons-nous, avec *Vicq-d'Azyr*, que beaucoup d'enfans affectés de vers succombent à l'apoplexie? Avec *Morgagni*, que la naissance d'une des vertébrales immédiatement de l'aorte ; avec le même auteur, *Botal, Riolan, Vepfer, Offredi, Lancisi*, etc., que l'ossification en totalité ou en partie de la faux du cerveau ; avec *Hippocrate*, que les mé-

tastases des affections mélancoliques ; avec *Weitbrecht*, que les calculs de la vésicule biliaire peuvent causer l'apoplexie?....

§ II. *Causes efficientes.*

Les causes prédisposantes, en continuant d'agir, peuvent devenir efficientes; elles pourraient donc souvent porter ce nom. Cependant on a remarqué que quelques-unes plus particulièrement étaient dans ce cas. Ainsi une affection morale vive, les efforts long-temps prolongés, de quelque nature qu'ils soient, le coït, dont on use avec fureur, etc., sont de ce nombre; en un mot, toutes les causes qui agiront le plus vivement sur l'encéphale et la circulation. A cet égard, M. *Rochoux* fait remarquer que si ces causes étaient aussi puissantes qu'on le dit, les bateleurs qui portent sur le ventre une enclume dont on se sert pour briser des pierres, qui sont souvent la tête en bas pour faire leurs tours; et j'ajouterai les gens de travail, les portefaix, qui font des efforts musculaires si considérables, devraient être frappés d'apoplexie à chaque instant. On doit donc avouer que, la plupart du temps, les causes nous échappent, et que l'hémorrhagie cérébrale arrive sans cause appréciable.

Marche et symptômes.

Le plus souvent l'hémorrhagie cérébrale arrive sans phénomènes précurseurs, et sa spontanéité aide beaucoup à la faire distinguer des autres maladies de l'encéphale, cependant (peut-être moins d'une fois sur dix, a dit un auteur) il peut en exister. M. *Rostan* va plus loin : « Il n'en existe point, dit-il, et les ouvertures confirment cette « observation, quoiqu'on ait prétendu depuis; lorsqu'ils existent, ils « appartiennent à une autre maladie. » (Rech. sur le ram. du cerv., pag. 335.) M. *Bricheteau* dit, au contraire, que la plupart du temps il en est tout autrement, et que si on ne reconnaît souvent pas de prodrômes, c'est qu'ils sont fort légers; en cela, il est d'accord avec

Lancisi, qui dit : « *Rarò forti apoplexiâ quis prehenditur, nisi præludia « præcesserint.* » Quoi qu'il en soit, quand ils existent, voici quels ils sont : tintemens d'oreilles, éblouissemens, hallucinations, somnolence, légers vertiges, tournoiement, espèce de prévision de ce qui va arriver, quelquefois douleurs vives dans la tête ou les membres; face rouge, animée, battemens des artères, chaleur à la tête et refroidissement des extrémités, etc. : quelquefois, au lieu de tout cela il se manifeste un sentiment inaccoutumé de bien-être, de gaîté, etc. (*Morgagni*). Voilà les principaux prodrômes que l'on peut observer.

Lorsqu'il n'en existe point, alors au moment où il veut vaquer à ses occupations, aller à ses plaisirs, pendant ses travaux ou pendant son sommeil, un individu est comme frappé de la foudre, il tombe sans connaissance, tous ses membres sont paralysés, ou bien il ne perd pas tout à fait connaissance, mais tout un côté du corps ne peut lui servir à se soutenir; ou bien encore il peut ne sentir qu'un engourdissement dans un membre ou dans les deux du même côté : il s'arrête tout à coup au milieu d'une conversation, d'un mot même, la langue lui refuse service, et il cherche en vain à achever la phrase commencée.

Je ne crois pouvoir mieux faire que de suivre la marche qu'indique M. *Rostan* dans sa Clinique, pour l'étude des symptômes de cette maladie. Il reconnaît 1°. une hémorrhagie faible, qui forme un épanchement de sang de la grosseur d'une aveline à peu près dans l'un des hémisphères ; 2°. une hémorrhagie moyenne, dans laquelle on trouve un épanchement qui varie depuis la grosseur d'une noix jusqu'à celle d'un œuf, sans faire irruption ni dans les ventricules ni au dehors, et se trouvant dans l'intérieur d'un hémisphère, car s'il se trouvait dans la protubérance annulaire il existerait les signes de l'espèce suivante; 3°. enfin une hémorrhagie forte, dans laquelle le sang se trouve réuni en énorme quantité dans un hémisphère, fait le plus souvent irruption dans les ventricules ou au dehors (c'est à dire entre le cerveau et les méninges), ou des deux côtés en même temps, ou enfin se trouve épanché dans le mésocéphale.

Il est inutile de dire, je pense, que nous ne bornons point à ces trois degrés l'hémorrhagie cérébrale, et même que le plus souvent les cas qui se présentent se trouvent intermédiaires à ceux-là; mais on saura les en rapprocher. Ce qui a engagé M. *Rostan* à former ces degrés, c'est que les symptômes de chacun d'eux sont si tranchés, qu'on en formerait presque des maladies particulières.

1°. *Hémorrhagie faible.* Tout à coup, ou quelquefois après les prodrômes ci-dessus indiqués, survient un étourdissement plus ou moins violent, sans perte complète de connaissance, qui souvent même reste intacte, en même temps qu'un engourdissement soit d'un membre seul, soit du supérieur et de l'inférieur du même côté. On a remarqué que, dans ce cas, le supérieur se paralysait avant l'inférieur, et plus fortement que lui; M. *Cruveilher* en cite des exemples. Il y a dérangement dans le tact, le malade sent comme un léger tissu interposé entre ses doigts et les corps qu'il veut toucher; il y a aussi légère déviation de la bouche, bégaiement, quelquefois mutisme. Il peut arriver qu'il y ait légère injection de la face, le pouls peut être plus dur et plus fréquent qu'à l'ordinaire, enfin quelques phénomènes d'excitation; mais souvent il n'y a rien de tout cela. Enfin on a regardé comme symptômes de cette espèce d'hémorrhagie une simple hémiplégie faciale; M. *Cruveilher* semble indécis dans ce cas, car la compression du nerf facial par quelque cause que ce soit peut la produire.

Cependant, la paralysie légère qui s'était manifestée se dissipe peu à peu, mais après un temps assez long pour qu'on ne la puisse confondre avec la simple congestion cérébrale; plus promptement se dissipe la perte de connaissance, et bientôt aussi les sens et la sensibilité reviennent à leur état normal. M. *Rostan* dit que, dans ce cas, la paralysie disparaît complètement, et M. *Cruveilher* pense que lorsque les fibres cérébrales sont déchirées elles ne se réparent jamais, et qu'alors il ne peut y avoir cessation complète de la paralysie; qu'il est possible que quelques-unes des fibres qui président au mouvement du côté paralysé aient été épargnées, et qu'exercées davantage elles pussent

remplacer en quelque sorte celles qui ont été détruites, mais jamais complètement; car, dit-il : « Quelques fibres du cerveau ne peuvent « être jamais impunément déchirées. » (Ouv. cité, p. 253.) Quoi qu'il en soit le prognostic est favorable dans ce cas, car s'il reste quelque faiblesse dans les membres qui ont été paralysés, c'est le plus souvent bien peu de chose; mais il est à craindre que, plus tard, il ne survienne une nouvelle hémorrhagie plus forte qui emporte le malade. Tous les auteurs s'accordent sur ce point.

2°. *Hémorrhagie moyenne.* Les symptômes de cette espèce sont plus tranchés, mieux dessinés que ceux de l'espèce précédente. Ordinairement tout à coup il survient une perte du sentiment et du mouvement de tout un côté du corps, en même temps que la cessation plus ou moins complète des facultés intellectuelles, car il est rare qu'elles ne soient pas lésées dans ce cas. Il existe donc un coma plus ou moins profond, d'où néanmoins il est possible de tirer le malade en excitant fortement l'un de ses sens; mais il y retombe bientôt. Si on pince le côté paralysé, il peut arriver qu'il ne soit pas totalement dépourvu de sensibilité : et alors l'autre côté se remue comme pour soustraire celui-là à la douleur, ou bien le malade pousse de faibles cris ou des soupirs; quant au côté non paralysé, il se remue lentement et paraît sensible aux excitans. Dans cette espèce, la paralysie n'atteint point les deux côtés du corps, du moins dans le principe; le plus souvent, les membres paralysés, quand ils sont soulevés, retombent comme une masse inerte. Cependant quelquefois il y a contraction permanente ou convulsions; la bouche est déviée du côté sain, la langue aussi est déviée, mais du côté paralysé, a-t-on dit; cependant M. *Cruveilher* pense que rien n'est plus variable. Selon lui, sur neuf apoplectiques, trois avaient la languée déviée du côté sain, un du côté paralysé, un autre la porta d'abord de ce côté, ensuite de l'autre; le reste probablement n'éprouva aucune déviation, l'auteur n'en parle point. A cette occasion, je citerai un cas dans lequel le malade, quand on lui disait de montrer la langue, en tournait la pointe du

côté paralysé; mais en lui disant de la tourner de l'autre, il le faisait également. Peut-être quelquefois a-t-on pu être induit en erreur de cette manière. Il est rare de voir survenir du délire. M. *Rostan* dit qu'il ne survient que quand il y a travail inflammatoire. M. *Cruveilhier* dit en effet qu'il est rare : il cite un cas dans lequel il survint tout à coup hémiplégie du côté *gauche*, mouvemens convulsifs du côté *droit*, avec délire loquace, et cependant le malade répondait aux questions qu'on lui adressait. Le pouls était dur et fréquent, en un mot réaction fébrile. Les pupilles sont le plus souvent dilatées, dit M. *Lallemand;* elles peuvent l'être inégalement, mais M. *Rostan* regarde ce signe comme de bien peu d'importance. J'ai vu un cas dans lequel le muscle élévateur de la paupière supérieure était paralysé du même côté que les membres, et M. *Cruveilhier* en cite un dans lequel ce muscle était paralysé du côté droit, tandis qu'il y avait hémyplégie gauche. — Quant au signes généraux, ils ne sont point constans : quelquefois la face est tuméfiée, rouge, violette même; les yeux sont injectés, saillans; l'air expiré par la bouche avec de l'écume produit un léger bruit, et l'on dit que le malade *fume la pipe;* le pouls est dur, fréquent; la peau chaude, la respiration gênée, et enfin tous les signes de surexcitation. Cependant d'autres fois la face est pâle, terreuse; les yeux sont renfoncés; le pouls est faible, fréquent; la peau est froide ou à l'état naturel, etc. Il peut se faire aussi que tout cela soit à l'état physiologique.

Cependant, après quelques heures et même un jour ou deux, la connaissance revient peu à peu à son état ordinaire; mais la paralysie persiste; toutefois elle diminue peu à peu; la sensibilité revient d'abord, puis ensuite le mouvement, et au bout de trois à quatre mois elle est à peu près où elle en restera. L'extrémité inférieure revient à son état naturel avant la supérieure, ordinairement, disent MM. *Cruvelhier* et *Rochoux*, quoique celle-ci ait été affectée avant l'autre; mais souvent, du cinquième au dixième jour, il survient des symptômes inflammatoires qui, s'ils sont trop violens, peuvent causer la mort. Ceci est vrai, quoique contraire à l'aphorisme

d'Hippocrate : « *Quibus sanis, dolores derepentè fiunt in capite, statimque muti fiunt ac stertunt, in septem diebus pereunt, nisi febris apprehenderit.* » (Sec. 6, ap. 51.) C'est à cause de cela que le professeur *Cruveilhier* dit à un apoplectique et à sa famille, qui étaient dans une trop grande sécurité : « Prenez garde au huitième jour, » et sa prédiction se réalisa, l'individu mourut ce jour là même. — Mais les phénomènes qui ont apparu ne se dissipent pas toujours ; au contraire, souvent la terminaison est funeste. Dans ce cas, les fonctions intellectuelles ont pu se rétablir même complètement, la paralysie diminuer un peu : on a les plus grandes espérances ; mais bientôt les symptômes empirent, le coma reparaît et devient de plus en plus profond ; le pouls peut devenir intermittent ; les matières fécales, les urines sont rendues involontairement ; la respiration s'embarrasse, et le malade meurt bientôt. On regarde donc généralement et avec raison ces derniers symptômes comme de mauvais augure : à cette occasion, je citerai le fait suivant, dans lequel plusieurs de ces symptômes ont apparu, et cependant la malade n'a pas succombé : la nommée Verniol, âgée de soixante-huit ans, avait eu quelques prodrômes, lorsque, le 16 janvier au soir, elle tomba tout à coup sans connaissance : paralysie du sentiment et du mouvement du côté gauche, le droit est quelque peu sensible et mobile ; la tête est renversée en arrière et tournée à droite ; elle fume la pipe ; la respiration est difficile ; le pouls est fort et fréquent ; les symptômes empirent jusqu'au lendemain. (Saignée, sinapismes, lavement purgatif.) Cet état dure près de soixante heures. Le troisième jour, la connaissance revient un peu, mais la paralysie du côté gauche est complète ; la défécation et la miction sont involontaires (depuis le premier jour on avait fait une nouvelle saignée, et le troisième on applique vingt-quatre sangsues aux apophyses mastoïdes). Peu à peu la sensibilité reparaît ; la connaissance est complète dès le quatrième jour ; mais le mouvement ne revient pas ; la langue est toujours embarrassée, mais les réponses sont justes. Quinze jours après l'accident, il semblait encore à la malade que son côté paralysé était un corps lourd,

inerte, dont elle serait bien aise d'être débarrassée. Cependant à partir de ce jour le mouvement revint un peu, mais les urines et les matières fécales coulaient involontairement; enfin, au bout d'un mois et demi, la sensibilité était à son état naturel, le mouvement était faible, la parole facile, mais toujours déjections involontaires, et au bout de deux mois la malade était encore dans le même état : alors on la passa à la section qu'on appelle *des Gâteuses* (Salpètrière).

Le prognostic de cette espèce est grave; il ne faut pas se hâter de prononcer, et se souvenir du *huitième* jour. L'état comateux persistant, le pouls intermittent, la respiration difficile, l'émission involontaire de l'urine et des matières fécales, le délire, les mouvemens convulsifs sont souvent les avant-coureurs de la mort. Cependant, lorsqu'on voit les symptômes s'amender, qu'aucun des phénomènes ci-dessus n'apparaît, on peut espérer; mais il ne faut jamais promettre un parfait rétablissement, car il restera toujours un peu de faiblesse du côté paralysé dans les cas les plus heureux, et trop souvent il sera impossible au malade de se servir de ses membres.

3°. *Hémorrhagie forte.* Nous répéterons encore pour cette espèce ce que nous avons dit des autres. Le plus souvent *tout à coup* un individu, dans l'état de santé le plus parfait, soit pendant la veille, soit pendant le sommeil, tombe immobile, sans connaissance; rien ne peut le tirer du carus profond où il est tombé; la plupart du temps il y a insensibilité complète, à quelque excitant qu'on soumette le malade; cependant quelquefois un côté du corps semble plus complètement paralysé que l'autre; les membres, soulevés, retombent comme des masses inertes; cependant on observe aussi quelquefois une roideur tétanique ou des convulsions : les pupilles, immobiles, sont plus ou moins dilatées; l'une peut l'être plus que l'autre. Les phénomènes généraux n'ont rien de constant, ils sont à peu près ceux de l'espèce précédente; ils n'en diffèrent qu'en ce qu'ils sont plus prononcés, de quelque genre qu'ils soient. Cependant nous dirons que, de prime abord, le pouls peut être intermit-

tent ; les déjections se font involontairement, et d'autres fois, dit M. *Rostan*, elles ne peuvent avoir lieu. Il existe souvent dans les maladies cérébrales une odeur de souris, dit M. *Lallemand*, et je crois qu'on l'explique en disant que l'urine est absorbée et qu'elle communique alors son odeur à la transpiration ; pour cela, il doit être nécessaire que la vessie soit paralysée ; cependant j'ai observé ce phénomène chez un individu affecté de ramollissement du cerveau, et qui rendait ses urines à volonté.

On sent combien est fâcheux le prognostic dans ce cas : rarement les malades vivent-ils deux à trois jours, le plus souvent ils succombent au bout de quelques heures, et presque jamais subitement. S'ils reviennent à la vie, dit le savant médecin de la Salpêtrière, c'est que probablement il n'existait qu'une forte congestion.

Je citerai à l'appui de ce que je viens de dire les deux faits suivans : Gavois, âgé de soixante-neuf ans, d'une forte constitution, se disposait à sortir de chez lui ; tout à coup il tombe sans connaissance ; perte complète du sentiment et du mouvement : le pouls est fort et fréquent ; la respiration est pénible. (Saignée, lavement purgatif.) Une demi-heure après, un peu de mieux ; il essaie de balbutier quelques mots, il semble reconnaître ceux qui l'environnent, mais bientôt après ce peu de mieux disparaît ; la sensibilité, qui avait un instant reparu, se perd de nouveau ; les yeux se ferment, la respiration s'embarrasse ; les déjections sont involontaires ; mort quelques heures après. (On avait appliqué des sinapismes pendant quatre heures, ils n'avaient rien produit.) A l'autopsie, on trouve les ventricules latéraux ainsi que le troisième et le quatrième remplis de sang et énormément distendus, le corps strié et la couche optique droits étaient réduits en bouillie ; le sang s'était fait jour au-dehors entre le cerveau et le cervelet, et avait rempli les fosses occipitales inférieures : du reste, la substance cérébrale était ferme, et on ne trouva rien ailleurs d'extraordinaire. — La deuxième observation a pour sujet une femme de soixante-seize ans ; elle ne diffère de la précédente qu'en ce que, cette femme ayant fait une chute un mois

auparavant, elle ressentait d'assez violens maux de tête depuis ce temps et quelque engourdissement du côté droit, lorsque, la nuit du 11 février, elle tombe de son lit sans connaissance : on la relève ; rien ne pouvait la tirer du coma où elle était plongée. Du reste, il se manifeste un peu de mieux le lendemain, mais bientôt les symptômes empirent jusqu'au troisième jour de la maladie, époque du terme fatal ; ils avaient été les mêmes que ceux de l'observation précédente, en y ajoutant un peu de contracture du côté droit ; céphalalgie intense de ce côté, vers lequel la malade portait automatiquement la main droite, pendant le peu de temps où elle a pu s'en servir. Les lésions organiques étaient absolument les mêmes que ci-dessus, et, de plus, il y avait un ramollissement superficiel (une à deux lignes d'épaisseur) de l'hémisphère gauche ; le reste du cerveau avait sa consistance ordinaire.

Anatomie pathologique.

L'étude de cette partie est l'une des plus essentielles, parce qu'elle nous rendra raison des principaux phénomènes observés.

Qu'un individu ait éprouvé les symptômes d'une hémorrhagie de la première espèce, et qu'il meure bientôt d'une autre maladie, on trouve dans un point quelconque du cerveau, plus communément dans le corps strié ou la couche optique, comme nous le verrons bientôt, un épanchement de sang de la grosseur d'une aveline, un peu plus un peu moins (on en a vu de la grosseur d'un pois de senteur.) — S'il a éprouvé les symptômes d'une hémorrhagie moyenne, on trouve alors dans le cerveau un épanchement qui varie depuis la grosseur d'une noix jusqu'à celle d'un œuf. — Dans la troisième espèce, on trouve d'énormes foyers de sang qui communiquent le plus souvent avec les ventricules ou l'extérieur du cerveau, et dans lesquels on a trouvé jusqu'à six onces de sang, ou bien un foyer assez limité qui se trouve au centre de la protubérance. Dans tous ces cas, si l'épanchement est récent, le sang est fluide, et il flotte dans son intérieur

des lambeaux de substance cérébrale, qui sont alors comme frangés et qui sont tantôt encore adhérens à la substance cérébrale environnante, tantôt en sont complètement détachés. Ces lambeaux et la substance environnante, d'une épaisseur d'une à deux lignes, sont d'un rouge plus ou moins foncé, selon qu'on l'examine plus près de l'époque de l'épanchement. Si l'on vide l'espèce de poche qui s'est formée du sang qu'elle contenait, et qu'on la soumette à un filet d'eau, on voit les lambeaux flottans du cerveau hérissés d'un grand nombre de vaisseaux déchirés, dit M. *Cruveilhier*. Cet auteur pense que l'hémorrhagie a eu lieu par la déchirure des vaisseaux, l'exhalation ne pouvant avoir lieu que dans la cavité de l'arachnoïde, dans le tissu sous-arachnoïdien, ou dans les ventricules, et encore dit-il : « Bien qu'on ne puisse pas toujours reconnaître la rupture vascu- « laire, il ne faut pas en conclure qu'elle n'existe pas. » (Ouv. cit. p. 212.) *Morgagni* dit que les artères se dilatent et finissent par se rompre très-promptement, à cause de la ténuité de leurs parois, ou bien qu'une espèce de corrosion du cerveau entraîne celle des vaisseaux, et à cette occasion il cite un fait dans lequel, dit il : « *Apoplexia* « *originent habuisso videbatur ab utriusque* (*ventriculi et plexûs choroï-* « *dis*) *corrosione, et à sanguine propterea in ventriculi cavum effuso.* » (Epist. 2, § 15.) *Vepfer* est de l'avis de *Morgagni*. M. *Rostan*, à cet égard, ne dit rien de positif dans ses ouvrages; mais il a eu la complaisance de me dire que l'existence de l'altération crétacée des vaisseaux le portait à penser qu'alors l'hémorrhagie avait lieu par rupture. Mais quand elle arrive chez de jeunes sujets, peut-être alors, dit-il, pourrait-elle avoir lieu par exhalation. M. *Andral* dit que quand on ne trouve pas d'artère ouverte, il faut bien admettre que l'épanchement a eu lieu par suite d'exhalation ou de rupture des capillaires.

Maintenant revenons à la description des cavernes apoplectiques : nous disions que vidées de sang et lavées, elles offrent des lambeaux et une petite couche de substance cérébrale d'un rouge assez foncé;

cette couche est ramollie et entourée d'une autre zône de trois à quatre lignes d'épaisseur environ, dont la couleur va en s'affaiblissant et la mollesse en diminuant à mesure qu'on s'éloigne de la poche apoplectique, sans qu'on puisse toutefois déterminer rigoureusement où le cerveau reprend sa consistance naturelle. Quelquefois cette couche est criblée d'une infinité de petits épanchemens, gros comme des têtes d'épingles. Ce ramollissement, que M. *Rochoux* appelle *ramollissement concomittant de l'apoplexie*, et qu'il a le premier décrit en 1814, précède, selon lui, l'hémorrhagie, quoiqu'il n'y ait pas eu de prodrômes; car, dit-il, il y a une infinité d'affections qui font de grands progrès sans manifester leur existence par quelques dérangemens de fonctions. M. *Cruveilhier* pense le contraire, excepté dans quelques cas, où alors l'hémorrhagie vient compliquer un ramollissement préexistant; et il appuie son opinion sur la non-existence des prodrômes et sur l'étude même de ce ramollissement, qui offre tous les caractères d'une affection concomittante de l'épanchement. En outre, il pense que la couleur jaune de la zône ramollie est due à l'infiltration de la matière colorante du sang, qui se fait dans le tissu cellulaire, très-délié, qu'il est parvenu à démontrer entre les fibres cérébrales, et que là le sang s'infiltre comme dans celui des membres à la suite de contusion. M. *Bricheteau* est de l'avis du professeur que nous venons de citer; il combat l'opinion de M. *Rochoux*, et il ajoute : « Puisqu'il admet que l'altération organique précède toujours l'hé- « morrhagie, cette dernière n'est donc que symptômatique et, dans, « son système, l'apoplexie serait plutôt une lésion organique qu'une « hémorrhagie. » Or, il a avancé qu'il fallait la retirer des névroses pour la placer dans les hémorrhagies. (Jour. compl. du dict. des sc. méd., 1^er^. vol., p. 133, consid. sur l'ap.) M. *Andral*, ainsi que M. *Rostan*, dit que quelquefois le ramollissement précède l'hémorrhagie, mais que le plus souvent il lui succède, et il le considère comme le résultat de l'irritation qui se développe autour de tout corps étrangers introduit dans nos tissus; et il pense, par conséquent, qu'on ne

doit point le regarder comme une simple macération de la substance cérébrale, comme on l'a dit, à moins que l'épanchement, très-considérable, n'ait réduit en bouillie la partie du cerveau où il s'est produit.

Nous avons étudié les cavernes apoplectiques toutes récentes, voyons ce qu'elles deviennent plus tard : peu à peu ces poches s'arrondissent, se resserrent, il transude de leurs parois une humeur qui dissout en quelque sorte le caillot, afin qu'il soit plus facilement absorbé, suite nécessaire du travail réparatoire qui s'établit ; enfin quand il a tout à fait disparu, on voit à sa place un petit kyste, rempli de sérosité et tapissé par une membrane jaunâtre de nouvelle formation, qui exhale et absorbe, un véritable kyste séreux, dit M. *Cruveilhier.* Cette membrane organisée remplace la fausse membrane, qu'on a dit se développer de prime abord entre les parois de la poche et le caillot. Cependant cette membrane organisée n'est pas admise par tout le monde, plusieurs auteurs disent qu'il y a seulement une surface exhalante. Ces kystes ont été aperçus par *Vepfer*, *Plancus* et *Leprotti*, sur des individus morts long-temps après une attaque d'apoplexie. *Brunner* pense, contrairement à la plupart des ses contemporains, qu'on peut vivre après avoir eu du sang épanché dans le cerveau ; mais *Morgagni* pense avec lui que c'est une chose fort rare, et il regarde ces faits comme extraordinaires (*Mirabilia*). Ce dernier auteur à décrit quelques-uns de ces kystes (*cavernulæ*) avec toute l'exactitude qui le caractérise ; mais ils n'ont été bien étudiés que dans ces derniers temps. M. *Marandel* en 1807, et M. *Rochoux* en 1812, en parlèrent dans leur thèse ; mais ce ne fut que M. *Riobé*, deux ans après, qui parvint à attirer l'attention des médecins sur ce point, dans sa dissertation inaugurale, dissertation qu'à depuis augmenté de notes et d'observation M. le docteur *Bricheteau.* Depuis on s'en est beaucoup occupé, et on sait maintenant à peu près tout ce qu'il était utile de connaître sur cette matière.

Après l'absorption du caillot, voici ce qui se passe : le kyste dont nous avons parlé peut persister, ou bien sa membrane interne se

durcit, et les parois s'unissent entre elles par des mailles de tissu cellulaire lâche, ordinairement infiltré de sérosité; d'autres fois la membrane interne contracte adhérence avec elle-même, et une cicatrisation parfaite a lieu. Dans ce cas, on ne trouve à la place de l'épanchement qu'un petit noyau dur, presque fibreux, ou bien une cicatrice linéaire, comme M. *Serres* l'a fait observer le premier. On a reconnu que le mode de cicatrisation le plus fréquent était la formation du noyau dont nous avons parlé. Ces cicatrices sont indélébiles, elles ne s'effacent jamais; elles offrent diverses nuances, qui varient depuis le brun-foncé jusqu'au jaune-clair et même au blanc mat, comme j'ai eu occasion d'en observer. Ordinairement, autour de ces cicatrices, ou plutôt pendant qu'elles se forment, le cerveau perd peu à peu sa couleur rouge, ainsi que sa mollesse, et revient presque à l'état normal; quelquefois il acquiert une consistance plus grande. A cette occasion, je citerai le fait suivant : on apporte à l'hôpital un homme de quatre-vingt-un ans, sans connaissance, sans mouvemens, sans sensibilité, les membres contractés, les pupilles resserrées, la respiration stertoreuse, le pouls filiforme; malgré les sinapismes et un lavement purgatif, il meurt quelques instans après; on n'a pu se procurer de renseignemens sur son état antérieur. A l'autopsie, on a trouvé beaucoup d'hydatides entre les méninges et le cerveau, qu'elles comprimaient; il y en avait aussi quelques-unes dans les ventricules. Dans le corps strié et la couche optique gauches, la substance cérébrale est dure, difficile à inciser, offrant l'aspect du tissu lardacé ordinaire, et au milieu on trouve trois petites cavités remplies de sérosité jaunâtre. — Le ventricule gauche du cœur est très-épaissi, sans avoir augmenté de volume; aussi sa capacité est-elle à peine assez grande pour contenir un petit œuf de pigeon. Il est évident que les trois kystes dont j'ai parlé correspondent à autant d'attaques d'apoplexie. Il eût été bien à désirer de connaître l'histoire de ce malade; par là même on aurait pu juger si l'endurcissement du cerveau était dû à l'ancienneté des accidens arrivés.

Je pourrais citer un autre fait dans lequel on trouva un kyste séreux près de la superficie de l'hémisphère droit, mais autour duquel la substance était ramollie.

Si le sang, épanché en grande quantité, fait irruption dans les ventricules ou au-dehors, soit dans le tissu sous-arachnoïdien, soit dans la cavité de la membrane séreuse, on trouve alors des désordres affreux : l'hémisphère cérébrale est réduit en une bouillie rougeâtre; souvent le *septum lucidum* est déchiré, et le sang remplit les deux ventricules. Cependant un foyer sanguin considérable qui s'est formé dans un hémisphère peut, sans faire irruption dans les ventricules, comprimer assez l'autre pour causer des symptômes généraux, entre autres une paralysie générale; voilà pourquoi, dans la deuxième espèce d'hémorrhagie que nous avons admise, ils peuvent survenir, surtout si l'inflammation qui se développe dans un grand foyer est trop intense, et ajoute encore à la compression par le gonflement qu'elle produit et par le pus qui en est la suite. M. *Cruveilher* pense qu'on peut attribuer le délire qui survient quelquefois à l'introduction du sang dans l'arachnoïde, et au contact de ce liquide avec la membrane séreuse.

Après avoir parlé de la lésion existante dans le cerveau, nous allons nous occuper du sang qui s'y trouve épanché. Si on l'examine dans un foyer tout récent, il est liquide; mais, à mesure qu'on s'éloigne du jour de l'accident, il se forme plusieurs caillots qui se réunissent en un seul, lequel prend de plus en plus de consistance, et devient noirâtre; il est plus compacte au centre qu'à la circonférence; enfin, quand tout le sérum est absorbé, la circonférence du caillot est, comme nous l'avons dit, humectée, délayée en quelque sorte par la sérosité, qui facilite sa résorption. A mesure que le caillot est plus ancien, sa couleur diminue; elle devient rouge, rouge-pâle, jaunâtre; enfin il finit le plus souvent par être entièrement absorbé. Cependant, quelquefois il ne l'est pas, et M. *Andral* en cite un exemple : « Dans « ce cas, dit-il, le caillot durcit, s'organise, et devient une sorte de

« tissu accidentel auquel les artères du cerveau apportent la nutri-« tion et la vie.» (Anat. path., 2°. vol., p. 764.) Dans le cas où le caillot est résorbé, il se forme un des modes de cicatrisation dont nous avons parlé plus haut. Mais si, pendant qu'existe le travail réparatoire, l'inflammation s'élève au-dessus du degré convenable, elle peut donner lieu à divers accidens; elle peut être la cause d'une nouvelle hémorrhagie, soit dans le foyer déjà existant, soit dans un autre endroit; dans le premier cas, on trouve une couche de sang liquide sur le caillot déjà formé. L'inflammation du foyer peut causer encore celle des méninges, un épanchement de sérosité dans les ventricules, la formation du pus, un ramollissement ou une induration; tous phénomènes qui peuvent causer la mort, ou du moins des accidens très-graves.

La quantité de sang épanché varie depuis un ou deux gros, et même moins, jusqu'à quatre ou six onces, dit M. *Rochoux*, et depuis la grosseur d'une lentille jusqu'à ces énormes foyers qui occupent tout un hémisphère. Elle est toujours en proportion avec la capacité du foyer apoplectique; et c'est à l'épanchement qu'est due la déchirure, car il est toujours primitif. En effet, la caverne n'est jamais plus grande que ne le comporte le caillot; et d'ailleurs, si elle était primitive, elle arriverait de préférence dans l'enfance, où le cerveau est presque diffluent; c'est ce qui n'a pas lieu. Enfin, sans cela, comment expliquer ces énormes épanchemens qui remplissent les ventricules?

Le nombre des épanchemens est variable. On peut n'en rencontrer qu'un; s'il est considérable, il a pu faire périr le malade, ou bien il était en voie de guérison, ou enfin il offre un des modes de terminaison dont nous avons parlé. D'autres fois on en rencontre plusieurs qui correspondent à autant d'attaques d'apoplexie. M. *Riobé* cite plusieurs cas dans lesquels il en a trouvé deux; *Brunner*, M. *Rostan*, en citent où il en existait trois : on en a même trouvé jusqu'à quatre. Nous devons parler ici de ce que M. *Cruveilhier* appelle *hémorrhagie*

des circonvolutions, et qu'il dit avoir trouvé par hasard. Leur siége est indiqué par leur nom même : il y a, dans ce cas, un grand nombre d'épanchemens très-petits. Souvent il coexiste un épanchement considérable qui explique la mort du sujet. M. *Andral* en dit aussi quelques mots.

Jetons maintenant un coup-d'œil sur le siége des épanchemens. 1°. Il en est qui peuvent avoir lieu immédiatement dans les ventricules, comme *Morgagni* en cite des exemples. MM. les professeurs *Andral* et *Cruveilhier* disent qu'ils sont fort rares : en effet, dans la plupart des cas où l'on voit du sang dans les ventricules, c'est qu'une caverne apoplectique formée dans la masse encéphalique s'est crevée dans l'une de ces cavités. Dans le premier cas, disent *Morgagni* et M. *Cruveilhier*, on voit des *corrosions* aux parois des ventricules, et quelquefois il a été possible de voir l'aire béante du vaisseau qui a donné le sang ; mais quand on ne l'a pas trouvé, il a bien fallu avoir recours à l'exhalation pour expliquer l'hémorrhagie. 2°. On voit d'autres fois le sang s'étendre en couche mince à la surface du cerveau. Il enveloppe quelquefois tout un hémisphère, et même la moelle épinière ; mais cette espèce d'hémorrhagie n'a guère lieu que chez les nouveau-nés. 3°. Le plus souvent l'épanchement se fait dans l'épaisseur même de la substance cérébrale. Il est des points de cette substance qui y sont bien plus sujets que d'autres ; et l'un de ceux-là, ou plutôt celui qui l'est le plus, c'est le corps strié ou ses environs. Voici le relevé de M. *Rochoux* :

Dans le corps strié, la couche optique ou leur voisinage.	Dans le corps strié	24	28 ou près de 7/10.
	Dans la couche optique	2	
	Dans l'un et l'autre	1	
	Sous les corps striés	1	
Dans les autres parties du cerveau.	Dans la partie moyenne des hémisphères	5	13 ou près de 3/10.
	Dans la partie postérieure des ventricules	2	
	Dans l'hémisphère en dedans et en avant	2	
	id. *id.* et en arrière	3	
	Dans le lobe moyen	1	
		41	

M. *Andral* a fait un relevé de 386 cas qu'il a extraits de divers auteurs ; ses résultats se rapprochent beaucoup de ceux de M. *Rochoux*, comme on va le voir.

Dans les corps striés, les couches optiques, et leurs environs.	Dans la partie des hémisphères située au niveau des corps striés et des couches optiques, et à la fois dans ces deux corps	202	315 ou plus de 8/10.
	Dans les corps striés	61	
	Dans les couches optiques	35	
	Au-devant des corps striés	10	
	Derrière les couches optiques	7	
Dans le reste du cerveau.	Dans la partie des hémisphères située au-dessus de la valvule de *Vieussens*	27	28 ou environ 8/100.
	Dans la glande pituitaire	1	
	Dans les parties blanches centrales	0	
Dans le cervelet.	Dans les lobes latéraux du cervelet	16	21 ou environ 6/100.
	Dans le lobe médian	5	
Dans la protubérance et ses dépendances.	Dans le mésocéphale	9	14 ou environ 3/100.
	Dans les pédoncules du cerveau	3	
	Dans un pédoncule du cervelet	1	
	Dans les éminences olivaires	1	
	Dans la moelle épinière		8
			386

On voit, d'après ces relevés, que le corps strié, la couche optique et leurs parties environnantes (mais enfin un espace très-circonscrit) sont en effet bien plus fréquemment atteints d'hémorrhagie que le reste de l'encéphale. Dans le premier de ces relevés, nous avons trouvé que le degré de fréquence dans ces points à l'égard de la somme totale des hémorrhagies :: 28 : 41, ou environ 7/10, et dans le deuxième :: 315 : 386, ou plus de 8/10. Cependant on doit remarquer, avec M. *Cruveilhier*, que ce n'est pas le corps strié ou la couche optique séparément qui sont le plus souvent affectés, mais la partie intermédiaire, et souvent ces deux corps à la fois. Malgré cela, le résultat de M. *Rochoux* n'est pas tout à fait d'accord avec ce que nous disons ; mais comme celui de M. *Andral* est fait sur neuf ou dix fois autant d'observations, il est plus concluant. M. *Cruveilhier* pense qu'on doit attribuer ce plus grand degré de fréquence au plus grand nombre de vaisseaux et à la moindre consistance de ces corps ; en

cela il s'accorde avec *Morgagni*. Il est à regretter, dit cet auteur, qu'on n'ait pas noté dans les relevés les hémorrhagies des circonvolutions; mais probablement elles auront passé inaperçues. Elles ont lieu dans la substance grise, qui, là comme ailleurs, est traversée par un bien plus grand nombre de vaisseaux que la substance blanche. — Quant à la plus ou moins grande fréquence des épanchemens dans l'un ou dans l'autre hémisphère, M. *Rochoux* dit que, d'après ses observations, il en a trouvé 18 du côté droit, 17 du côté gauche, et 6 des deux côtés à la fois ; on voit qu'il y a à peu près égalité. Le relevé de celles de M. *Rostan* donne à peu près le même résultat. Cependant *Morgagni* et d'autres médecins après lui croyaient que le côté droit était plus fréquemment atteint que le gauche.

Y a-t-il une hémorrhagie artérielle? Y a-t-il une hémorrhagie veineuse? M. *Cruveilhier* répond affirmativement Je ne donnerai point ici toutes les raisons sur lesquelles il se fonde ; je dirai seulement que, selon lui, on a vu, dans l'un ou l'autre cas, des artères ou des veines béantes ; que l'hémorrhagie artérielle est beaucoup plus fréquente, parce que les artères sont souvent ossifiées, et, à cause de cela, rompues plus facilement : comment expliquer, sans cette dernière espèce, les apoplexies dites *foudroyantes?* A l'égard des hémorrhagies veineuses, comme elles ont lieu chez les nouveau-nés, la mort est due à la stase du sang dans les veines, et de là leur rupture, etc. Cependant, si l'hémorrhagie a lieu par la rupture des capillaires, le sang sortira aussi-bien par ceux des artères que des veines. Excepté dans les cas où les vaisseaux sont béans, je crois qu'il est bien difficile de prononcer sur cette question.

Devons-nous parler ici du ramollissement rouge, que M. *Cruveilhier* appelle *apoplexie capillaire*, et que, de concert avec M. *Lallemand*, il dit se rapprocher beaucoup de l'hémorrhagie cérébrale? ou devons-nous le regarder, avec MM. *Récamier* et *Rostan*, comme une maladie particulière? Voici en peu de mots l'opinion de ces auteurs. M. *Lallemand* considère le ramollissement rouge comme le produit d'une hémorrhagie avortée. Pour cela, il admet un premier degré de fluxion,

dans laquelle le sang distend seulement les vaisseaux, et cause des étourdissemens, de légers vertiges, etc. Au deuxième degré, coup de sang; injection vasculaire générale; paralysie générale, mort ou disparition prompte des symptômes. Au troisième degré, congestion plus forte ou plus concentrée, hémorrhagie, épanchement de sang, désorganisation et compression subite du cerveau; paralysie instantanée et durable. Mais la congestion est-elle moins rapide, plus continue : infiltration, espèce de combinaison de sang avec la substance cérébrale, épanchement de quelques gouttes de sang, hémorrhagie incomplètement avortée; la congestion continue, ramollissement, état intermédiaire à l'hémorrhagie et à l'inflammation. Si elle est encore plus lente : injection sanguine, altération de la substance cérébrale, enfin désorganisation complète. L'inflammation s'empare de cette partie à l'état de ramollissement rouge; elle y produit du pus, qui s'infiltre d'abord dans la substance cérébrale, en change la couleur; ramollissement gris, verdâtre, etc., et enfin se réunit en foyer. (Lett. sur l'enc. 1re. n°. 22, § 17 et suiv., et 2e. n°. 24, § 1.) Il avait considéré précédemment les hémorrhagies comme étant constamment le résultat d'une fluxion qui devenait inflammatoire, si l'hémorrhagie avortait, ou si la quantité de sang épanché ne suffisait pas pour faire tomber l'éréthisme; et c'est ce qui arrive dans les tissus parenchymateux, dans le cerveau en particulier.

M. *Cruveilhier* pense aussi que le ramollissement rouge n'est qu'une infiltration de sang dans la substance cérébrale (apoplexie capillaire), et qu'à la plus ou moins grande quantité de sang infiltré est due la couleur plus ou moins foncée du ramollissement. Dans ses assertions il est parfaitement d'accord avec M. *Lallemand*, comme on le voit; il pense qu'il n'y a de différence entre l'apoplexie capillaire et l'hémorrhagie cérébrale que celle qui existe entre l'hémorrhagie des gros vaisseaux et celle des capillaires.

Certes, il est difficile de rassembler avec plus de talent que ne l'a fait le professeur de Montpellier des faits propres à soutenir son opinion; il fait pour ainsi dire suivre au doigt et à l'œil les divers de-

grés d'irritation cérébrale, depuis la simple injection jusqu'aux abcès: et je dirai, avec M. *Andral*, que si on n'a lu que son ouvrage, ce qu'il avance paraît certain; mais après avoir lu d'autres travaux sur le même sujet; et surtout si on observe la nature, on sera au moins dans le doute. M. *Andral* ajoute que ce n'est que par hypothèse qu'on admet un lien nécessaire entre le ramollissement et l'irritation, ce n'est que par analogie; et M. *Rostan* dit que de l'analogie il ne peut naître que des probabilités, et que jamais des probabilités ne sont des preuves.

Voici à peu près l'opinion de M. *Rostan* sur le sujet qui nous occupe: d'abord il ne voit pas la liaison si intime qui unit l'hémorrhagie au ramollissement, parce que celui-ci fort souvent a été blanc primitivement, par conséquent ce n'est pas une hémorrhagie avortée. Que, dans un grand nombre de cas, le ramollissement soit inflammatoire, rien de mieux, et cela quand la substance cérébrale est rosée ou évidemment infiltrée de pus, et qu'il a existé les symptômes d'une irritation du côté de l'encéphale. Mais quand la substance cérébrale est d'un blanc plus mat, plus brillant que dans l'état ordinaire, et que par conséquent il n'y aura ni sang, ni pus infiltré: dira-t-on que ces ramollissemens là aussi sont le produit d'une inflammation? Ajoutons que cette espèce, jointe à celle dont nous parlerons un peu plus bas, se présente dans le plus grand nombre des cas à l'époque de la vie la moins prédisposée aux inflammations, et souvent sans qu'il y ait eu de réaction fébrile. « Peut-être, ajoute M. *Ros-*
« *tan*, pouvons-nous dire avec retenue..... que cette altération du
« cerveau nous paraît être souvent une destruction sénile, offrant la
« plus grande analogie avec la gangrène sénile. » (Ramol. du cerv., p. 169.) Et M. *Andral* dit que cette hypothèse peut aussi-bien être adoptée que la précédente. — Dans d'autres cas on voit des ramollissemens couleur lie vin, livides, qui ressemblent plutôt à des taches scorbutiques qu'à une hémorrhagie active, et qui n'ont pendant la vie donné naissance à aucun phénomène inflammatoire.

On voit maintenant que ces deux opinions sont bien défendues, et

qu'il est permis de douter, comme le dit M. *Andral.* Néanmoins, malgré le respect que je professe pour les opinions de M. *Lallemand*, j'ai eu tant de fois occasion d'apprécier la justesse de celles de M. *Rostan*, dont la méthode est d'ailleurs si philosophique, et, plus encore, ses raisons me paraissent si fortes, que je me rangerai de son avis, et je regarderai, jusqu'à nouvel ordre, le ramollissement comme une maladie *sui generis.* Je n'en parlerai donc point ici en détail; je me contenterai d'en indiquer les symptômes à l'occasion du diagnostic.

Nous devons, maintenant que nous connaissons les altérations organiques, chercher à nous rendre compte des principaux symptômes que l'on observe. Ils doivent être rangés sous deux chefs : le premier comprendra ceux qui résultent de l'épanchement du sang; le deuxième, ceux qui résultent de la déchirure de fibres cérébrales. Il y a, en effet, compression du cerveau et interruption de ses rapports avec certaines parties.

§ I. L'épanchement de sang existant dans une boîte osseuse fermée de toutes parts, comme le crâne, doit causer la compression de la masse encéphalique, et c'est ce qui a lieu en effet, mais d'une manière plus ou moins grande, et cela se traduit par des symptômes qui varient depuis les simples éblouissemens, tintemens d'oreilles, etc., jusqu'à la suspension complète de toutes les facultés. Il peut agir seul, s'il a lieu de prime abord dans les ventricules ou à la surface du cerveau; il n'y a point de déchirure de cet organe : dans ce cas, il y a coma sans paralysie, et M. *Serres* a donné à cette espèce le nom d'*apoplexie méningée* ou *sans paralysie.* Mais si les effets de l'épanchement se font seuls apercevoir, qu'ils ne soient pas portés à un trop haut point, et que le sang ne continue plus à fluer, le cerveau, organe éminemment compressible, dit M. *Cruveilhier*, s'habitue à la présence du sang, et au bout de quelque temps le coma diminue; puis enfin l'organe reprend son action accoutumée. Le même auteur ajoute que les impressions extérieures sont les premières perçues, ensuite les

fonctions intellectuelles se rétablissent ; le mouvement ne revient qu'en dernier lieu.

§ II. Quand il se fait un épanchement de sang dans la substance du cerveau, avons-nous dit, il doit s'y produire une déchirure qui est proportionnelle à la quantité de sang épanché. Cette déchirure doit causer une interruption entre le siége de la volonté et les parties extérieures, de là paralysie du mouvement ; les nerfs qui reportent au cerveau les sensations extérieures ne communiquent plus avec le siége des perceptions ; de là paralysie du sentiment. Ce qui a dû frapper dès qu'on a commencé à s'occuper des lésions organiques, c'est que le siége de l'affection était situé dans l'hémisphère du cerveau du côté opposé à celui qui était le siége de la paralysie. *Arétée* en parle, *Hippocrate* l'avait déjà observé ; mais on s'en était peu occupé depuis, jusqu'à *Valsalva*, qui en a beaucoup parlé et a dit, pour l'expliquer comme le pensait *Arétée*, que ce phénomène était dû à l'entrecroisement des fibres du cerveau. *Mistichelli* et *Dupetit* l'ont décrit avec exactitude ; *Santorini* le dessina assez bien ; et ce fait, auquel on avait fort peu pensé depuis, malgré toutes ces assertions, et que quelques-uns niaient même, n'a été définitivement démontré que par *Gall*, dit M. *Lallemand*.

La paralysie doit donc être le phénomène le plus constant des hémorrhagies cérébrales, et par là même il mérite toute notre attention. Il y a encore peu d'années, dans bien des cas, sinon dans tous, on regardait la paralysie comme une maladie essentielle, et on employait contre elle les frictions, les stimulans, les toniques, l'électricité, le galvanisme, etc., et même, de nos jours, quelques médecins pensent encore ainsi. Néanmoins, depuis les travaux de MM. *Rostan*, *Rochoux*, etc., on a dû ne plus la regarder que comme un symptôme maladif des centres nerveux, lorsque toutefois les nerfs sont intacts. C'est surtout dans les affections du cerveau qu'elle est d'un grand secours pour mesurer en quelque sorte l'étendue de la lésion existante dans cet organe.

La paralysie est-elle générale; puisque, quand il existe une lésion dans un des hémisphères, il n'y a qu'un côté du corps de paralysé, nécessairement dans la paralysie générale il devra y avoir une lésion dans les deux hémisphères ou compression de l'un par l'autre, ou bien encore altération d'une partie centrale. Aussi dans ces cas voit-on, soit une grande quantité de sang épanché dans l'un des hémisphères faire irruption dans les ventricules, ou au dehors, ou des deux côtés à la fois, et comprimer alors le côté resté sain, soit un épanchement dans chaque hémisphère, soit dans la protubérance annulaire; car ce point de l'encéphale, dit M. *Cruveilhier*, est le confluent de la moelle épinière, du cerveau et du cervelet; c'est le véritable centre du système cérébro-spinal, et encore faut-il que l'hémorrhagie ait lieu dans le centre de la protubérance; car, si elle était assez faible et qu'elle eût lieu sur l'un de ses côtés, elle ne produirait qu'une simple hémiplégie, et toujours du côté opposé, comme M. *Olivier* en cite un cas bien remarquable. C'était une femme hémiplégique du côté droit depuis plusieurs années, et chez laquelle on trouva un kyste apoplectique (comme on en trouve dans le cerveau) rempli de brides celluleuses infiltrées de sérosité dans le *milieu de la moitié* gauche de la protubérance annulaire. (Mal. de la moelle épinière, seconde édition, pag. 526.) Du reste, ces cas sont fort rares, et M. *Serres* a toujours vu la paralysie complète du tronc et des membres se manifester subitement et simultanément. Doit-on regarder comme certain, avec M. *Olivier*, que dans les apoplexies de la protubérance il n'y a jamais paralysie du sentiment, et qu'elles s'accompagnent toujours de convulsions dans les membres supérieurs avec des mouvemens alternatifs de rotation en dedans? M. *Cruveilhier* pense qu'il faut attendre de nouveaux faits avant de prononcer sur ce point. Les signes dont nous venons de parler ne sont donc qu'incertains ou communs avec d'autres hémorrhagies : le fait est qu'on n'en connaît pas encore. M. *Rostan*, dans un cas que j'ai vu dans ses salles, prognostiqua un épanchement considérable faisant irruption dans les ventricules, ou un épanchement borné dans la pro-

tubérance; cependant, comme ceux-ci sont rares (selon M. *Andral* $\frac{9}{386}$) ; il pensa de préférence à un épanchement considérable. A l'autopsie, rien dans les hémisphères, rien dans les ventricules; enfin il ouvre la protubérance, et l'on voit dans son centre un épanchement de la grosseur d'une aveline. On avait observé chez cette femme, dès le principe, une paralysie générale et complète, un carus profond, et la respiration très-difficile; elle avait vécu, je crois, près de deux jours dans cet état. La respiration, difficile et stertoreuse, à semblé à M. *Cruveilhier* un signe d'épanchement dans la protubérance, mais on l'observe également dans d'autres cas. Nous n'avons pas besoin de dire, je pense, que dans tous les cas dont nous venons de parler la mort est presque inévitable, et que ces cas doivent être regardés comme l'expression des symptômes de l'hémorrhagie *forte* dont nous avons parlé.

Maintenant considérons la paralysie partielle. Occupe-t-elle tout un côté du corps; on voit alors dans l'hémisphère du cerveau du côté opposé un épanchement de sang plus ou moins considérable, généralement en rapport avec les symptômes observés pendant la vie. Cependant on a vu, dit-on, des cas dans lesquels l'épanchement était du même côté que la paralysie. *Forestus*, *Valsalva* et *Morgagni* en citent des exemples, quoique ce dernier dise que cela soit fort rare. Mais MM. *Rochoux* et *Cruveilhier* regardent ces cas comme trop peu nombreux, et leur histoire comme trop rapidement rédigée pour qu'on puisse y ajouter grande confiance. Ils croient qu'il est possible qu'on se soit trompé de côté dans la rédaction. Quoi qu'il en soit, ce ne seraient que des faits exceptionnels; et en attendant, l'entrecroissement des fibres cérébrales doit être regardé comme certain. — On dit avoir observé des cas dans lesquels il y avait paralysie du mouvement pendant que la sensibilité était intacte, et réciproquement. Ordinairement ces deux fonctions sont lésées ensemble, mais la motilité plus profondément que la sensibilité. De là vient cette opinion déjà anciennement émise que, dans le cerveau le siége du mouvement n'est pas le même que celui du sentiment.

On a donné l'explication de ce phénomène de bien des manières ; mais pas d'une manière assez concluante pour qu'elle soit sans réplique, pense le professeur *Cruveilhier*. Il cite un cas dans lequel une femme épileptique était avertie de ses attaques par une hémiplégie complète du sentiment ; elle durait plusieurs jours et était si bien bornée à la moitié du corps, qu'une aiguille enfoncée à un millimètre de la ligne médiane causait une douleur aiguë d'un côté et n'était point sentie de l'autre. Y avait-il apoplexie dans ce cas?.... Selon le même auteur, la paralysie intense du sentiment et du mouvement est d'un mauvais augure, parce qu'elle suppose un épanchement et une déchirure considérables ; et si avec tout cela il y a coma profond, le prognostic est fort grave ; il n'a jamais vu de guérison dans ce cas. On a vu la paralysie n'être pas instantanée : un individu sent la jambe droite lui refuser son appui, il s'accroche à son lit avec la main du même côté, bientôt celle-ci elle-même est paralysée, et le malade est obligé de tomber. Le plus souvent, avons-nous dit plus haut, le membre supérieur est paralysé le premier. On peut quelquefois être induit en erreur sur ce point, parce que le membre inférieur soutenant le poids du corps, fait bien plus vite reconnaître sa faiblesse que le supérieur, qui n'agit pas. D'autres fois, et même assez souvent, la paralysie des deux membres survient en même temps, c'est quand il se rompt des vaisseaux d'un certain calibre, probablement parce qu'alors l'épanchement et la déchirure sont plus considérables.

Quoiqu'il y ait perte des mouvemens volontaires, il peut arriver qu'un excitant du système nerveux produise encore dans les membres paralysés des mouvemens qui ne sont que convulsifs, et même on peut les observer, aussi-bien qu'une roideur tétanique, par suite de la maladie elle-même ; mais le plus souvent les muscles sont dans un grand état de flaccidité. J'ai déjà parlé de la paralysie des muscles de l'œil et de la langue, de l'hémiplégie faciale, etc., je n'y reviendrai pas. La plupart du temps, les appareils circulatoire et respiratoire sont intacts ; quand ils sont atteints le cas est mortel.

S'il existait une paraplégie, il pourrait se faire, à la rigueur, que les points du cerveau qui président aux membres inférieurs dans les deux hémisphères fussent seuls atteints; mais dans ce cas il existe plutôt une affection de la moelle épinière : s'il existe une paralysie croisée, il faut bien admettre la première explication.

Maintenant il nous reste à dire si l'on peut résoudre ce problème : étant donnée une partie du corps paralysée, indiquer quelle est la partie du cerveau qui est lésée. Je répondrai, avec MM. *Cruveilhier, Rostan, Rochoux*, que jusqu'à présent la science n'est pas assez avancée pour localiser ainsi chaque fonction. Malgré les travaux récens de MM. *Serres, Delaye, Foville, Pinel-Grandchamp*, etc., on ne peut guère avoir que des probabilités. Néanmoins nous dirons quelques mots des travaux de ces auteurs : MM. *Delaye, Foville* et *Pinel-Grandchamp* ont été conduits, par l'observation des maladies de l'encéphale, à considérer le cervelet comme le siége de la sensibilité; *Rolando*, d'après ses expériences, veut, au contraire, qu'il soit le siége de la locomotion, et M. *Flourens*, qu'il soit simplement le régulateur de cette dernière fonction. M. *Serres* dit que dans les apoplexies cérébelleuses il y a érection du pénis, même après la mort. A cette occasion, je parlerai du fait que *Morgagni* rapporte de *Valsalva*, et qu'il ne conçoit guère, ou pas du tout (Let. 2, § 25) : *Valsalva*, à la seule inspection d'un cadavre, prédit que s'il y avait apoplexie sanguine on la trouverait dans le cervelet, et l'autopsie vérifia le fait. *Morgagni* ne dit pas à l'aide de quels signes il fit cette espèce de prédiction; peut-être ne les connaissait-il pas. M. *Serres* dit avoir été aussi heureux que *Valsalva* dans la même circonstance, et le signe si caractéristique qui existait était une demi-érection; il cite même un cas de satyriasis suivi d'éjaculation. Chez la femme, selon lui, le phénomène analogue serait la sortie d'une certaine quantité de sang par les organes génitaux. M. *Rostan* pense que cette érection, *même après la mort*, est trop contraire aux lois de la nature pour qu'on puisse y ajouter foi, et M. *Cruveilhier* dit que dans plusieurs apoplexies cérébelleuses il n'a point vu

d'érection; il cite aussi ses expériences, qui ne lui ont point donné de semblables résultats.

Les auteurs que j'ai cités en premier lieu ont pu, par les mêmes considérations, localiser dans le cerveau la partie législatrice de quelques points du corps, ou même d'autres fonctions. Ainsi ils ont placé le siége de l'intelligence dans la substance grise corticale, et celui de la locomotion dans la substance blanche et les renflemens gris intérieurs. Ils ont été plus loin; ils ont pensé que le corps strié était le régulateur du membre inférieur, et la couche optique, du supérieur; et que plus l'un de ces organes est lésé, plus la paralysie était complète dans le membre qui lui correspond. M. *Cruveilhier* cite des faits contraires à ces assertions. D'après *Gall* et M. *Bouillaud*, le lobe antérieur du cerveau serait l'organe législateur de la parole. M. *Cruveilhier* et plusieurs autres citent encore beaucoup de faits contraires à cette opinion.

On voit donc, d'après ce léger aperçu, que, pour pouvoir ajouter toute confiance à ce qu'avancent ces savans médecins, il faut de nouveaux faits. Attendons : ce qu'il y a de certain seulement, c'est que, comme nous l'avons dit plusieurs fois, le siége de l'altération est dans l'hémisphère du cerveau du côté opposé à celui du corps qui est atteint de paralysie.

Complications.

Nous ne dirons que quelques mots des complications de l'hémorrhagie cérébrale avec les autres maladies; car, sans cela, ce serait vouloir faire l'histoire d'une partie de la pathologie. Cependant nous devons parler spécialement de sa complication avec le ramollissement; c'est à dire, si pendant le cours d'un ramollissement il survient une hémorrhagie, comment le reconnaître? Quelquefois il y a beaucoup de difficultés. Quoi qu'il en soit, voici les principaux symptômes du ramollissement. Dans le principe, ils sont très-fugitifs; néanmoins il est fort utile de savoir qu'ils ont existé. Ce sont : une douleur de tête fixe, quelquefois très-supportable, d'autres fois intolérable, pouvant

durer depuis plusieurs jours jusqu'à plusieurs mois ; des vertiges ; la diminution des facultés intellectuelles, leur perversion, leur augmentation ; le changement de caractère, l'embarras de la langue, de la difficulté dans la parole ; les fourmillemens, les engourdissemens dans les membres d'un côté, leur roideur, leur contracture. Il peut survenir de la démence. Les sens sont moins impressionnés par leurs excitans naturels, ou bien ils le sont davantage ; les fonctions organiques sont troublées, la digestion est difficile, la respiration gênée, etc. Après avoir présenté un plus ou moins grand nombre de ces signes, le ramollissement continue sa marche ; l'usage de la moitié du corps se perd graduellement, et plus ou moins rapidement, tandis que l'intelligence reste libre dans la plupart des cas ; cependant il y a difficulté, lenteur dans les réponses. Le coma augmente, la sensibilité et la myotilité s'abolissent. Avec tout cela, la face peut être pâle ou injectée ; la douleur de tête peut être très-vive, mais il est plus commun de voir exister la stupeur. Les sens, d'abord très-obtus, finissent par ne plus être sensibles à leurs excitans ; la bouche est déviée, la carphologie se manifeste. Il a pu exister une réaction fébrile assez intense ; mais le plus souvent il y a état d'adynamie complet, et le malade s'éteint de cette manière. Maintenant si, dans le cours de cette affection, l'hémiplégie ou la paralysie générale et le coma se manifestent tout à coup, il y aura de grandes probabilités qu'il s'est formé un épanchement, soit dans la portion ramollie, soit ailleurs. Si le ramollissement n'est pas très-avancé et qu'il soit à peu près stationnaire, il peut arriver qu'un assez faible épanchement, après avoir produit paralysie et stupeur, semble se résorber peu à peu, et les symptômes primitifs revenir presque où ils en étaient d'abord. Mais souvent aussi, après que la première stupeur est un peu dissipée, le ramollissement prend une marche croissante, plus rapide, et le malade est emporté au bout de peu de temps.

On voit quelquefois la marche d'un épanchement de sang qui tend à se résorber entravée par une inflammation trop grande qui s'est développée autour du foyer. Dans ce cas, il peut survenir du

délire, avec réaction fébrile intense, de la contracture, des convulsions, et cela du cinquième au dixième jour; enfin les symptômes de l'inflammation d'un organe important; et la mort peut très-bien s'en suivre, comme dans le cas cité par M. *Cruveilhier* (p. 20), ou bien l'on voit les symptômes s'amender, l'inflammation tomber, et le malade marcher vers une convalescence heureuse.

D'autres fois, à la suite de l'hémorrhagie, il s'amasse de la sérosité dans les ventricules, et souvent, dit M. *Rochoux*, c'est une des causes qui font succomber les malades. Cette espèce d'hydropisie occasione tous les symptômes de compression. M. *Rochoux* dit encore qu'il est difficile de reconnaître comment ce phénomène arrive si souvent à la suite de l'hémorrhagie : « Mais sait-on mieux, ajoute-t-il, comment « une affection du cœur, produit l'hydrothorax. » (Dict. de Méd. en 21 vol., art. Apop., pag. 538.)

Dirons-nous maintenant que l'hémorrhagie cérébrale peut arriver pendant le cours d'une gastrite, d'une entérite, d'une pneumonie, etc., etc ? Je pense qu'il est inutile d'indiquer les symptômes de ces différentes maladies.

Diagnostic.

Nous devons maintenant indiquer les signes à l'aide desquels on peut distinguer l'hémorrhagie cérébrale des autres affections qui peuvent lui ressembler.

La *syncope* peut simuler jusqu'à un certain point la maladie qui fait le sujet de cet essai. Dans ce cas aussi, il y a perte du sentiment et du mouvement; mais la circulation et la respiration sont également suspendues, ou du moins on ne sent que quelques faibles battemens du cœur. Il y a toujours pâleur et sueur froide à la face. Les malades reviennent bientôt à eux ou meurent sur-le-champ, et à l'autopsie on ne trouve aucune lésion appréciable.

L'*asphyxie* présente aussi l'absence de la sensibilité et de la myotilité, la circulation continue, mais la respiration est suspendue; toutes les

veines du corps sont gonflées; le visage est livide, noirâtre ; et d'ailleurs on se procurera les signes commémoratifs qui seront d'un grand secours.

Parlerai-je ici des *ruptures du cœur?* D'abord elles sont très-rares; puis elles frappent de mort subitement dans la plupart des cas; tandis que, dans l'apoplexie, la mort n'a, je crois, jamais lieu avant une demi-heure. Il a pu quelquefois se manifester des symptômes de maladies du cœur; et d'ailleurs quand la mort est arrivée le diagnostic n'est pas d'une grande utilité.

Je ne pense pas qu'on puisse confondre une hémorrhagie cérébrale avec l'*épilepsie* ou l'*hystérie*, parce que dans ces deux cas il y a des convulsions souvent épouvantables ; les accès ne durent que peu de temps; il y a des signes commémoratifs ; et dans l'hystérie, la sensation d'une boule qui remonte de l'utérus vers la gorge et produit une sorte de strangulation. Mais il peut arriver, comme on en cite des exemples, que pendant l'accès il survienne une apoplexie qui change les convulsions en flaccidité des muscles, et l'excitation cérébrale en coma profond. Dans ce cas, on peut être embarrassé de prime abord; mais au bout d'un certain temps l'obscurité du diagnostic se dissipe, par la persistance de la paralysie et de l'affaiblissement de l'intelligence.

L'*ivresse* cause quelquefois un état qui se rapproche de la paralysie. Mais l'odeur du vin est caractéristique ; puis il existe toujours un peu de sensibilité par tout le corps ; enfin, au bout de quelque temps, l'ivresse a disparu.

Maintenant occupons-nous des symptômes qui font différer l'hémorrhagie des autres maladies de l'encéphale. Je crois d'une grande utilité de faire la distinction de ces maladies en *aiguës* et en *chroniques*, comme l'indique M. *Rostan*, dans sa Clinique. Nous aurons dans la première série, la méningite, l'encéphalite, la congestion cérébrale, l'hémorrhagie et le ramollissement. (Cette affection doit être assez difficilement classée; car elle a une marche tantôt aiguë, tantôt

fort lente. Puisqu'elle ne serait pas mieux avec les maladies chroniques, nous la laisserons dans cette série.) Dans la deuxième série, seront rangés, le cancer, les tubercules, les fongus de la dure-mère, les tumeurs osseuses du crâne, les acéphalocystes, etc. On voit tout d'un coup qu'on ne peut confondre les maladies de cette dernière série avec l'hémorrhagie. Il s'agit donc de la différencier de celles de la première.

D'abord la *méningite* offre, la plupart du temps, des symptômes généraux; les signes de réaction fébrile sont très-prononcés, le pouls est fort, fréquent, la face rouge, injectée, la céphalalgie violente, la peau est chaude, etc.; et s'il y a perte de connaissance, elle n'arrive pas tout à coup; le délire n'est pas primitif quand il a lieu, il n'arrive que quand le cerveau est enflammé consécutivement; et, peut-être ce phénomène qu'on observe, quoique bien rarement, dans l'hémorrhagie, n'est-il dû qu'à une inflammation consécutive des environs du foyer. Il peut survenir plus tard du coma et de l'adynamie, etc. On voit facilement quels sont les signes différentiels; les symptômes précurseurs et fébriles suffiraient à eux seuls pour les faire distinguer. Cependant si la méningite est locale, il y a un peu plus de difficultés; mais alors les phénomènes de réaction fébrile existent toujours, quoiqu'il puisse se manifester un peu plus tard de l'engourdissement dans un côté du corps.

L'*encéphalite* ressemble beaucoup à la méningite pour ses symptômes, et en cela il n'y a rien d'étonnant. Cependant on a dit qu'elle était le plus souvent locale, qu'alors ses effets se faisaient sentir plus d'un côté que de l'autre, et qu'il existait plus spécialement dans ce cas de la contracture. Du reste, elle différera de l'hémorrhagie par le mouvement fébrile, la surexcitation et la céphalalgie très-vives et les symptômes précurseurs.

Quelquefois ces deux affections sont suivies d'un épanchement de sérosité soit dans les ventricules, soit dans la cavité de l'arachnoïde; on lui donne le nom d'*hydrocéphale aigue*, dénomination qui

semble indiquer qu'on la regardait comme une maladie essentielle. Mais M. *Rostan*, se fondant sur ses observations, pense qu'elle est toujours la suite d'une autre affection du cerveau, entre autres des deux précédentes, du ramollissement et de l'hémorrhagie, comme nous l'avons dit. Quand cet épanchement séreux a lieu, il produit les signes de compression, la somnolence, le coma, l'affaiblissement graduel des sens, une paralysie générale et graduelle, etc. L'existence de ces symptômes et ceux d'une inflammation cérébrale antérieure, feront assez différer cette affection de l'hémorrhagie pour qu'on ne puisse les confondre. Cependant dans les cas où le sang s'épanche à la surface du cerveau de prime abord, il cause aussi des symptômes de compression, mais il n'y a pas de prodrômes, et d'ailleurs cette espèce d'hémorrhagie n'a guère lieu que chez les enfans.

Quant à la *congestion cérébrale*, elle arrive brusquement, le sang semble se précipiter vers la tête; elle cause une perte de connaissance subite, et souvent même une paralysie générale; mais tous ces symptômes se dissipent presque instantanément, et au bout de quelques jours tout a disparu, à moins qu'une véritable hémorrhagie ne vienne s'ajouter à cet état, alors la paralysie se localise et persiste; du reste, elle ne diffère plus de ce qu'elle est à l'état simple.

Le *ramollissement*, quoique souvent chronique, est l'une des maladîes qu'on peut le plus souvent confondre avec l'hémorrhagie. Nous allons essayer de les distinguer. Presque toujours le ramollissement a des signes précurseurs (nous les avons indiqués aux complications), et, la plupart du temps, l'hémorrhagie n'en a pas. — D'abord on le distinguera de l'hémorrhagie faible, en ce que celle-ci, après être arrivée subitement, ne cause qu'un engourdissement, un embarras de la langue, etc., qui bientôt se dissiperont, tandis que les symptômes du ramollissement augmenteront. — L'hémorrhagie moyenne est plus difficile à distinguer : elle arrive subitement, les

symptômes sont tout à coup portés au plus haut point d'intensité; et si elle doit se résoudre les accidens diminuent, tandis que dans le ramollissement ils viennent successivement et empirent de plus en plus. Le coma est le premier symptôme de l'hémorrhagie et le dernier du ramollissement. La paraysie arrive tout à coup dans le premier cas, et dans le deuxième elle a été précédée de douleurs vives et de contracture. La bouche est déviée du côté non paralysédans le premier cas; c'est le contraire dans le deuxième, dit M. *Lallemand*. Si l'hémorrhagie doit se terminer par la mort, les symptômes précurseurs seront à peu près les seuls signes différentiels; car, dans ce cas, il se développe souvent un ramollissement consécutif autour du foyer. — Dans l'hémorrhagie forte, la mort arrive dans un espace de temps assez court, de quelques heures à deux ou trois jours au plus; point de symptômes précurseurs, paralysie universelle, déjections involontaires, sterteur; on voit quelle différence il y a entre ces signes et ceux ordinaires du ramollissement. — La plupart du temps, les différences que nous venons de signaler existent, mais quelquefois les commencemens du ramollissement sont latens; alors point de symptômes précurseurs, ou bien l'hémorrhagie en aura été précédée. Dans ces cas, souvent le médecin le plus expérimenté se trouve en défaut, ou du moins il lui faut toute sa sagacité pour éviter l'erreur, encore souvent n'arrive-t-il qu'à des doutes.

Traitement.

Nous diviserons le traitement en deux parties, la première, ou *traitement préservatif*, devra tendre à empêcher le sang d'affluer vers le cerveau et de s'y épancher; la deuxième, ou *traitement curatif*, aura pour but de faire absorber le sang épanché, d'empêcher l'inflammation qui survient d'être trop violente, etc.

Traitement préservatif.

Il s'agit d'empêcher le sang d'affluer en trop grande quantité vers le cerveau. Pour y parvenir, on doit prévenir, 1°. la plétore générale, 2°, la pléthore locale.

§ I. Si l'individu est doué d'une forte constitution, d'une constitution apoplectique, il doit user d'un régime sain, mais léger, rejeter une alimentation copieuse et excitante ou de difficile digestion, choisir la nourriture végétale, les viandes blanches, peu de vin, encore moins de liqueurs alcoholiques, etc. Mais si on a affaire à des vieillards ou des personnes faibles, il sera alors fort difficile de se douter s'il pourra survenir une apoplexie. Dans ce cas, point d'écarts de régime, point d excès, voilà le traitement général préservatif.

§ II. Nous devons chercher à prévenir la pléthore locale. Pour y parvenir, l'habitation à la campagne, de longues promenades, une température moyenne seront surtout recommandées. Les vêtemens ne devront pas être trop serrés, les corsets et les baleines chez les femmes, les cravates chez les hommes. Des lits de laine seront préférés aux lits de plume; la tête sera élevée au lit; point de violens efforts, point de travaux de cabinet trop long-temps prolongés; on devra fuir les émotions vives en tout genre, etc., etc. On devra faire grande attention aux évacuations sanguines habituelles, empêcher, autant que possible, qu'elles ne se suppriment, respecter d'anciens ulcères, etc. On proscrira des bains trop chauds. Enfin on peut donner quelques légers purgatifs de précaution, afin que la révulsion opérée sur le canal intestinal empêche le sang de se porter autant vers la tête; ou même, si le tempérament est éminemment apoplectique, et qu'il y ait souvent des congestions, une saignée au renouvellement des saisons peut être fort utile. Dois-je parler ici des eaux antiapoplectiques, qui étaient toutes composées d'alcohol et d'aro-

mates, de remèdes spécifiques, etc.? Citerai-je la longue liste de préservatifs immanquables? Citerai-je, avec *Blaw*, la racine de thapsus, cueillie le 28 juin avant le lever du soleil, lavée, puis portée en amulette; avec *Camérarius*, une amulette de corail ou le mastic mâché à jeûn deux fois par semaine; avec *Ettmuller*, l'esprit de crâne humain; avec *Marquet*, la petite sauge prise au lieu de thé, etc.? Croirait-on que, ces jours derniers, j'ai vu annoncées dans un journal des *bagues galvaniques* efficaces pour préserver et guérir des migraines, hémorrhoïdes, apoplexies, etc. (Le Globe, 1831, n°. 74)? Non, on ne croirait pas que dans le dix-neuvième siècle on trouvât des charlatans assez effrontés, et probablement des acheteurs assez stupides, les uns pour annoncer de semblables fourberies, et les autres pour y croire. Pauvre humanité!!! On lit aussi, dans l'ouvrage de M. *Portal*, une liste de préservatifs, presque tous très-actifs, doués de propriétés différentes, qui ont très-bien pu être employés avec succès dans certains cas, mais qui seraient incendiaires dans d'autres. Les règles de l'hygiène, voilà surtout sur quoi doit se baser ce traitement.

Traitement curatif.

Répéterai-je ici l'aphorisme si connu de l'oracle de Cos? « *Solvere « apoplexiam vehementem quidem impossibilè, debilem verò non facilè.* » (Sect. 2, aph. 42.) On sait très-bien qu'une hémorrhagie qui a fait irruption dans les ventricules fait constamment succomber ceux qui en sont atteints. Et *Morgagni* trouve bien étonnant (*mirabile*) ce que rapporte *Vepfer*, quand il dit : « *In ipsam cerebri substantiam innoxiè « effusum fuisse sanguinem.* » (Let. 2, § 16.) Il croyait donc l'apoplexie toujours mortelle. Nous sommes heureux d'être revenus de cette erreur, car l'espoir de guérir peut seul encourager le médecin. En effet, M *Rochoux* pense ne pas s'éloigner beaucoup de la vérité, en disant qu'il succombe moins du tiers des malades.

Voici quelles sont les indications à remplir quand l'épanchement

est opéré : 1°. dégorger le système sanguin, afin d'empêcher le sang de continuer à s'écouler par les mêmes voies ; 2°. faciliter l'absorption du sang épanché ; 3°. enfin prévenir une inflammation trop forte, ou du moins la combattre, quand elle le devient ; inflammation qui doit se développer autour du caillot.

§ I^er^. Il s'agit d'empêcher le sang de continuer à s'écouler, ou de s'opposer à la tendance qu'il y aurait. Un individu qui vient d'être frappé d'apoplexie doit être mis d'abord dans une position qui s'approche le plus possible de la verticale ; on doit le dégager de vêtemens qui le serrent trop : quelques-uns même veulent sur-le-champ lui verser de l'eau froide sur la tête, ou lui appliquer de la glace sur cette partie ; ensuite on a recours à la saignée : d'autres veulent qu'on ait recours de suite à ce moyen. Quoi qu'il en soit, la saignée est le moyen conseillé dans tous les temps, et auquel on doit avoir recours avec le plus de confiance. *Hippocrate, Celse, Arétée, Cœlius-Aurelianus, Valsalva, Morgagni,* etc., l'ont tous conseillée ; et *Morgagni*, *Æder, Salani* conseillent de la pratiquer du côté sain, parce que l'on désemplit plus directement le côté affecté du cerveau. De nos jours, on la pratique indifféremment d'un côté ou de l'autre ; le système sanguin est aussi vite désempli, pourvu que l'ouverture de la veine soit large. —Où convient-il mieux de la pratiquer? On a proposé de la faire à la jugulaire ; *Valsalva* l'a recommandée ; M. *Rochoux* semble la préférer, comme désemplissant plus immédiatement le cerveau. Mais, dit M. *Abercrombie*, elle ne communique avec cet organe que par de petits rameaux qui vont gagner la jugulaire interne, ou qui ont accompagné l'artère méningée moyenne ; et d'ailleurs, dit *Morgagni*, on est obligé, pour faire l'ouverture, ou du moins pour empêcher le sang de continuer à couler, quand la saignée est faite, de placer autour du cou une bande qui comprime et la trachée-artère et les carotides. Cependant, ajoute-t-il, on peut, comme *Valsalva*, la comprimer avec les doigts pour l'ouvrir, et dans les cas où le malade ne paraît pas absolument disposé aux congestions. Si on se décide à la pratiquer, il

vaut mieux fermer la plaie avec du diachylon gommé. M. *Abercrombie* préfère l'ouverture de l'artère temporale, parce que, dit-il, cette saignée agit plus directement sur la carotide. M. *Cruveilhier* range ainsi les saignées par ordre d'efficacité : celle de la saphène d'abord, celle du bras, de la jugulaire et des veines occipitales, vantées par le médecin de Padoue ; mais il semble encore donner la préférence à celle qu'il a proposée, celle de la pituitaire : il dit en avoir retiré de très-bons effets, par cela même qu'elle agit plus directement sur le cerveau. Pour cela, il se sert d'un instrument qu'il a fait faire, et qu'il a appelé *phlébotome de la pituitaire ;* il ressemble beaucoup au lithotome caché, et à l'aide de cet instrument on incise la pituitaire de la cloison. Ce professeur conseille également d'ôter un peu de sang d'une tumeur hémorrhoïdale, s'il en existe. Cependant le plus souvent on pratique la saignée du bras : peut-être est-ce tout simplement parce qu'elle est plus facile à faire. — Combien peut-on faire de saignées? On sent parfaitement qu'il est impossible de répondre directemsnt à cette question : cependant rarement on en fait plus de trois. Mais que l'on ait bien sous les yeux ce principe d'*Arétée*, que des saignées trop copieuses deviennent nuisibles, et cette réflexion de M. *Rostan*, qu'il faut à la nature assez de force pour que l'absorption puisse se faire. — Il en est de même relativement à la quantité de sang que l'on doit tirer : il faut, avant tout, consulter les forces du malade. Quelle différence n'y a-t-il pas entre cet homme pléthorique, d'une constitution athlétique, dans la force de l'âge, et cette femme faible, d'une constitution détériorée, ou parvenue à un grand âge? Souvent chez celle-ci on ne devra pas avoir recours aux émissions sanguines générales. On pourra alors remplir l'indication à l'aide d'application de sangsues derrière les oreilles ou dans les narines, comme le conseille M. *Cruveilhier;* ou encore une application de ventouses scarifiées à l'occiput, comme l'indiquent *Arétée*, *Hoffmann*, *Méad*, *Soranus*, etc. (On devra prendre garde de s'en laisser imposer par une apparence de faiblesse indiquée par la dépression du pouls, qui reprend alors de la force sitôt après la saignée); et même si l'état

des forces du malade ne permettait pas ces applications, et qu'en outre le coma fût profond, on devrait avoir recours aux sinapismes appliqués aux pieds, aux jambes, aux cuisses : les vésicatoires à ces deux derniers endroits pourraient les remplacer. *Baglivi* et *Stoll* les proscrivent cependant, et M. *Rochoux* les rejette complètement. On devra bien se garder d'employer les sternutatoires, les vomitifs, pour retirer le malade de son assoupissement, comme le défendent expressément *Morgagni* et *Van-Swieten*, contrairement à *Brunner*. Plusieurs médecins conseillent une dérivation vers le canal intestinal, à l'aide de purgatifs plutôt administrés par le bas que par le haut. M. *Rochoux* veut qu'on n'emploie que des laxatifs, et M. *Cruveilhier*, dans les cas de carus profond, conseille surtout l'emploi de la glace sur la tête. Je pourrais citer des faits à l'appui de tous ces modes de traitement plus ou moins combinés ensemble ; mais, comme ils n'offriraient rien d'intéressant d'ailleurs, je m'en dispenserai.

§ II. Il s'agit, pour remplir la deuxième indication, de faire résorber le sang épanché. On sait, d'après les expériences de M. *Magendie*, que la déplétion des vaisseaux favorise singulièrement l'absorption. Les saignées déjà faites rempliront donc ce but. On doit leur joindre le repos de l'esprit et du corps, la diète, si recommandés par M. *Rostan*, comme les plus puissans moyens de résorption. Du reste, il y a peu de moyens médicamenteux qui puissent remplir cette indication. Il vaut mieux, dans ce cas, laisser agir seule la nature ; elle a de grandes ressources ; et ne pas la contrarier par une foule de remèdes que l'on s'imaginait autrefois devoir parvenir à ce but.

§ III. Il nous reste à indiquer les moyens à l'aide desquels on empêchera l'inflammation qui doit se développer autour du foyer apoplectique, d'acquérir trop d'intensité. Dans ce cas encore, la saignée, déjà pratiquée, est le moyen le plus efficace pour la prévenir. Cependant, comme elle n'arrive que vers le quatrième ou le cinquième jour environ, M. *Cruveilhier* conseille d'en pratiquer une nouvelle

vers le troisième ou quatrième jour. On doit toujours joindre à ce moyen la diète, le repos, les boissons mucilagineuses ou acidules, selon la saison et le goût du malade. On peut ajouter l'application de quelques sangsues sur les jugulaires ou aux apophyses mastoïdes. On conseille généralement de ne pas employer de révulsifs trop violens à cette époque, parce que l'irritation qu'ils causent peut influer sur l'organe souffrant, et produire plus de mal que de bien. S'il existe beaucoup de réaction fébrile, et qu'il survienne du délire, l'emploi de la glace sur la tête, ou d'un filet d'eau froide sur cette partie, peut être fort utile. Enfin, quand cette époque est passée sans accidens, ou qu'ils ont été combattus avantageusement, et que la maladie marche vers une terminaison heureuse, il faut surveiller le malade, empêcher qu'il ne fasse des excès; car une nouvelle hémorrhagie et la mort pourraient être le prix de son infraction à cette règle. On lui donnera peu à peu des alimens légers, point de spiritueux. — Enfin, le malade entre en pleine convalescence; mais il a toujours un engourdissement dans les membres qui ont été paralysés, ou même une hémiplégie qui ne cède point, quoique les facultés intellectuelles soient revenues à leur état normal. Que faire alors? Si, comme M. *Rostan* le pense, il y en a une portion de la substance cérébrale absorbée avec le caillot, celle-ci ne se réparant jamais, tout ce qu'on fera désormais sera inutile : il vaut mieux alors laisser le malade tranquille. Mais si, comme le dit M. *Cruveilhier*, la déchirure produite dans la substance cérébrale a épargné quelques-unes des fibres qui sont destinées à donner à un membre ou à tout un côté du corps la somme de sentiment ou de mouvement qui lui est nécessaire, il conviendra alors de faire agir ce peu de fibres, d'augmenter leur activité, et de les faire remplacer, autant que possible, celles qui ne peuvent plus agir. La cicatrice étant opérée après trois à quatre mois, on ne doit plus espérer qu'en ce résultat; et le professeur ci-dessus nommé dit avoir vu, à l'aide de moyens convenables, une amélioration sensible au bout d'un an. Pour cela, il conseille des purgatifs drastiques de loin en loin; toutefois, comme l'abus

est près de l'usage, il faut en user avec beaucoup de ménagement ; ensuite il cite un liniment phosphoreux, dont il s'est servi avantageusement, aussi composé : ℞ axonge ℥j ; camphre ʒj ; phosphore gr. x : et il augmente la dose de ce dernier médicament selon les indications. Il faut, dit-il, en continuer long-temps l'usage pour en obtenir de bons effets. Il parle ensuite du liniment volatil camphré du Codex, des teintures de cantharides, de quinquina, de benjoin, etc., en frictions ; il joint à cela un exercice qui n'aille pas jusqu'à la fatigue. — Je citerai à cette occasion le fait suivant, qui est contraire aux assertions du savant professeur tant de fois cité : Krupesensky, polonais, éprouve, le 13 juillet, les symptômes bien tranchés d'hémorrhagie moyenne ; le sentiment et le mouvement étaient presque complétement abolis du côté gauche. On emploie dans le commencement des sangsues aux oreilles, quelques jours après des ventouses scarifiées à l'occiput, un vésicatoire au bras paralysé, et des frictions sur ce côté avec un liniment ammoniacé. Vers le 1^er^. août, le sentiment et le mouvement étaient un peu revenus. On promène un vésicatoire du bras à l'avant-bras et sur le dos de la main paralysée : il y avait quelques douleurs dans ce côté. Environ six semaines après l'accident toute douleur avait disparu ; le sentiment était très-obtus, et le mouvement presque nul. Pendant le mois de septembre, on frotta les membres avec une flanelle imbibée d'alcohol camphré ; on en fit autant pendant tout le mois d'octobre, jusqu'au milieu de novembre, et tout cela sans aucun succès.

On a employé et on emploie encore la brucine, la strychnine, la noix vomique et son extrait dans les paralysies persistantes, et l'on a constaté que ces médicamens produisaient des mouvemens. On conçoit, en effet, que ces médicamens agissant sur la moelle épinière, produisent dans les membres des mouvemens convulsifs involontaires ; mais je ne pense pas que jamais ces moyens puissent faire que la volonté guide ces mouvemens, à moins qu'on ne regarde comme essentielle la paralysie existante. Il en est de même de l'électricité. Qu'on

lise à l'article *Galvanisme* du Dictionnaire de médecine, par M. *Rostan*, ce qu'il pense des expériences de *Mauduyt*, et l'on ne regardera pas ce moyen comme bien efficace.

Que convient-il de faire dans les cas où il y a complication de ramollissement ? Si, comme le pensent MM. *Rostan* et *Lallemand*, le ramollissement a presque toujours une terminaison funeste, les secours de l'art ne pourront être que palliatifs, et ce seront à peu près les mêmes moyens à employer. S'il y a complication de méningite, les mêmes moyens conviennent encore, et M. *Lallemand* recommande vivement, dans ce cas, l'emploi de la glace pilée sur la tête : il dit en avoir obtenu de grands succès.

Je n'avais point, dans cet essai, la présomption de vouloir présenter des innovations ou des découvertes, je n'avais que le désir de réunir ce qu'on a dit de plus récent et de plus positif sur cette matière : pussé-je avoir réussi ! !...

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Ubi cibus præter naturam copiosior ingressus fuerit, id morbum creat. Ostendit autem sanatio. *Sect.* 2, *aph.* 17.

II.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

III.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

IV.

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens, malum. *Sect.* 5, *aph.* 3.

V.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 9.

VI.

In his autem frigido uti necesse est undè sanguis erumpit, aut erupturus est. *Sect.* 5, *aph.* 23.